مدخل الى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

الأسباب - التشخيص - العلاج

Introduction to
Behavioral Disorders & Emotional

الدكتور
أسامة فاروق مصطفى







مدخل الى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

الاسباب - التشخيص - العلاج

Introduction to
Behavioral Disorders & Emotional

رقـــــم التصــنيف : 616.89

المؤلف ومن هو في حكمه : أسامة فاروق مصطفى

عنـــوان الكـــتاب : مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

رقـــم الإيـــداع : 2010/6/2380

الــواصـــفــات : الإضطرابات الإنفعالية/ علم نفس الأفراد/ السلوك/ الصحة النفسية

بيــانــات الــنشـر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع

تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى 2011م – 1432هـ



عنوان الدار

الرئيسي : عمان - العبدلي - مقابل البنك العربي هاتف : 5627049 6 962+ فاكس : 5627059 6 962+

الفرع : عمان - ساحة المسجد الحسيني - سوق البتراء هاتف : 4640950 6 962+ فاكس : 4617640 6 962+

صندوق بريد 7218 عمان - 11118 الأردن

E-mail: info@massira.jo . Website: www.massira.jo

مدخل الى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

الأسباب - التشخيص - العلاج

Introduction to
Behavioral Disorders & Emotional

الدكتور
أسامة فاروق مصطفى



الإهداء

إلى زوجتي الغالية لما تتحمله معي من صبر وجهد

إلى أبنتي زهرة حياتي

إلى ابني روح قلبي

الفهرس

الفصل الثاني

أساليب القياس والتقييم للاضطرابات السلوكية والانفعالية

الفصل الثالث

نظريات تفسير الاضطرابات السلوكية والإنفعالية

الفصل الرابع

أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية

الفصل الخامس

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

الفصل السادس

اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة

الفصل السابع

اضطرابات الشخصية

المقدمة

الحمد لله الذي هدانا لهذا، وما كنّا لِنَهْتَدِيَ لولا أن هدانا الله، وما توفيقي، ولا اعتصامي، ولا توكّلي إلا على الله، وأشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له، إقراراً برُبوبيَّته، وإرغاماً لمن جحد به وكفر، وأشهد أنّ سيّدنا محمّداً ﷺ رسول الله سيّد الخلق والبشر ما اتّصلَت عين بنظر، وما سمعت أذنٌ بخبر، اللّهمّ صلّي وسلّم وبارك على سيّدنا محمّد وعلى آله وأصحابه، وعلى ذرّيته ومن والاه ومن تبعه إلى يوم الدّين.

تعد متطلبات مرحلة الطفولة واحتياجاتها، والأنماط المختلفة لتنشئة الطفل من المراحل الأساسية التي يمر بها الفرد في حياته.

ولما كانت الطفولة هي الفترة التي توضع فيها البذور الأولى للشخصية التي تتبلور ملامحها في المستقبل.

فقد استهل المؤلف الكتاب عن المتطلبات المهمة والضرورية لمرحلة الطفولة،وكذلك خصائص نمو الطفل، وأساليب المعاملة الوالدية وما يترتب عليها من شخصية سوية أو مضطربة في المستقبل.

والكتاب الذي بين يدي القارئ يتناول متطلبات مرحلة الطفولة واحتياجاتها، وأهمية مرحلة ما قبل المدرسة، وخصائص نمو مرحلة الطفولة، وأساليب المعاملة الوالدية، والسلوك السوي، وغير السوي.

ثم يتناول الكتاب مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ونسبة انتشارها، ومحكاتها، وتصنيفاتها المختلفة، وأسبابها، وخصائصها.

ويتناول المؤلف في الفصل الثاني أساليب القياس والتقييم للاضطرابات السلوكية والانفعالية، وتتضمن الفحص الطبي، الملاحظة، المقابلة، دراسة الحالة، قوائم التقدير، والمقاييس والاختبارات. والفصل الثالث يتناول الاتجاهات النظرية في تفسير الاضطرابات السلوكية والانفعالية، مثل النظرية السلوكية،نظرية التحليل النفسي، النظرية البيوفسيولوجية، نظرية الوراثة.

ثم يتعرض المؤلف بعد ذلك للاشكال المختلفة للاضطرابات السلوكية والانفعالية مثل الكذب، العناد، الغضب، العدوان، السرقة، مص الأصابع، قضم الأظافر، اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه، اضطرابات النطق والكلام، اضطرابات النوم، اضطراب الأكل، اضطراب الإخراج، اضطراب التعلم(صعوبات التعلم)، اضطراب النمو الارتقائي الشاملة مثل اضطراب التوحد، اضطراب الاسبرجر، اضطراب الريت، اضطراب الانتكاسة الطفولي، الاضطراب النمائي الشامل-غير المحدد،ثم يتناول المؤلف في الفصل السابع الجزء الخاص بالاضطرابات الانفعالية مثل اضطرابات الشخصية مثل اضطراب القلق، الاضطرابات الوجدانية.

المؤلف

د. أسامه فاروق مصطفى

2010/7/25

الفصل الأول

مقدمة في الاضطرابات السلوكية والانفعالية

- متطلبات مرحلة الطفولة وإحتياجاتها
- أهمية مرحلة ما قبل المدرسة
- خصائص نمو مرحلة الطفولة
- أساليب المعاملة الوالدية وما يترتب عليها من معاناة الأطفال من الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- السلوك
- مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- محكات تحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- خصائص المضطربين سلوكياً وانفعالياً

الفصل الأول

مقدمة في الاضطرابات السلوكية والانفعالية

متطلبات مرحلة الطفولة واحتياجاتها

تبدأ مرحلة الطفولة عندما ينتهي عجز مرحلة سني المهد في حوالي الثانية من العمر، وتمتد إلى الوقت الذي تبدأ فيه مرحلة النضج الجنسي. وتنقسم مرحلة الطفولة إلى قسمين. الأول: مرحلة الطفولة المبكرة Early Children أو طفل ما قبل المدرسة Preschool Child من نهاية العام الثاني وحتى نهاية السادسة من عمر الطفل.

كما أن هناك خصائص معينة تميز مرحلة سني المهد مما يجعلها فترة متمايزة في مدى الحياة، فإن هناك أيضاً خصائص معينة لمرحلة ما قبل المدرسة تجعلها متمايزة عن باقي المراحل. ومن أهم خصائص هذه المرحلة أنها الفترة التي تسبق الالتحاق بالمدرسة. وهي كذلك عمر ما قبل الجماعة من الناحية السيكولوجية، حيث إنها المرحلة التي يتعلم فيها الطفل أسس السلوك الاجتماعي الذي يعده للحياة الاجتماعية الأكثر تنظيماً، والتي يتطلبها التكيف عندما يلتحق بالصف الأول في المدرسة، كما أنها عمر الاكتشاف وهي أيضاً عمر المشاكل والصعوبات وعمر اللعب واللعبة، وعمر التقليد، وعمر الاستكشاف وعمر الابتكار والإبداع، وعمر ما قبل الجماعة، وعمر السؤال والجواب كل هذه المواصفات وتميزها تنطبق على فترة ما قبل المدرسة. (سعدية بهادر: 1994، 209).

أهمية مرحلة ما قبل المدرسة

أولاً: تعتبر مرحلة ما قبل المدرسة الفترة الحاسمة التي تتكون خلالها المفاهيم الأساسية للطفل، حيث يكّون كل طفل لنفسه ما يسمى ببنك المعلومات الأساسية Information Bank والذي يستطيع تطويره في المستقبل بما يساعده على مسايرة التطور والنجاح في التعليم وتحقيق الآمال.

ثانياً: يتطور النمو اللغوي للطفل تطوراً سريعاً خلال هذه الفترة من حياته، حيث يمر بأقصى سرعة له خلال فترة ما قبل المدرسة أو مرحلة الطفولة المبكرة.

ثالثاً: يتمكن الطفل خلال سنوات ما قبل المدرسة من اكتساب ما يقرب من خمسين مفهوماً جديداً كل شهر.

رابعاً: ينتهي طفل ما قبل المدرسة من تكوين الأسس ووضع القواعد اللغوية التي يتبناها خلال العام الثالث من عمره، وذلك بالرغم من أن شكل مفرداته اللغوية يكون مشوشاً أو غير واضح المعالم.

خامساً: يتمكن طفل ما قبل المدرسة من التركيز على الملامح الرئيسية المميزة للأشياء والأفراد والأماكن في البيئة المحيطة به، ولكنه يحتاج لبعض التلميح لمساعدته في التعرف على كل منها، ويجب أن نمكنه من ذلك ونساعده على الإلمام ببيئته وفهم معالمها الرئيسية.

سادساً: يكون اللحاء المخي Cerebral Cortex في غاية من الحساسية خلال فترة ما قبل المدرسة، وهذا يجعل من السهل تخزين المعلومات والخبرات في المستقبل وتفسيرها والتعامل معها، لذا يجب استغلال هذه الفترة الذهبية وتشجيع الطفل على الحفظ وتدريبه على استعادة المعلومات وتذكرها واستخدام أساليب التعزيز الإيجابي لمساعدته على ذلك.

سابعاً: يصعب على الطفل ما قبل المدرسة تطويع حديثه بما يتناسب مع ميول وحاجات مستمعيه، وذلك لأن حديثه يتمركز حول ذاته، ولذا لا نجده يظهر إلا القليل من التطق من حديثه.

ثامناً: يتصف خيال أطفال ما قبل المدرسة بالخصوبة المفرطة، ويرجع ذلك لنقص خبراتهم الحسية بالمقارنة بخبرة من هم أكبر منهم سناً، وعدم قدرتهم على التفرقة بين الحقيقة والخيال.

تاسعاً: يستطيع الطفل ما قبل المدرسة الربط بين الأسباب ونتائجها، بحيث يتمكن الأطفال من ترتيب حادثين أو ثلاثة في تسلسل منطقي سليم.

عاشراً: يكون مدى انتباه طفل ما قبل المدرسة قصيراً لنغاية خلال هذه الفترة، ولهذا يجب العمل على استثارته وتشويقه باستخدام مثيرات خارجية سمعية وبصرية، وحركية بما يشد انتباهه ويجذبه للمتابعة ويساعده على التركيز الإرادي.

إحدى عشر: يكون النمو العقلي في منتهى السرعة خلال فترة ما قبل المدرسة، حيث أكد العالم النفسي بلوم Bloom 1968 أن 50٪ من النمو العقلي للطفل يتم فيما بين

الميلاد والعام الرابع من عمره، و30٪ من النمو العقلي يتم فيما بين العام الرابع والثامن من حياة الطفل.

إثنى عشر: سنوات الطفولة المبكرة هي الفترة التي يتم فيها شحذ حواس الطفل التي تعتبر أبواب ومداخل المعرفة العقلية، والتي إذا لم تنشط في خلال هذه الفترة لا يتمكن الطفل من التمييز والإدراك الحسي السليم ولا يستقبل المثيرات الحسية المختلفة.

ثلاثة عشر: سنوات الطفولة هي الفترة التي يتم فيها إرساء أهم معالم شخصية الطفل ليتحدد إطارها وتتضح معالمها عاماً بعد الآخر.

أربعة عشر: سنوات الطفولة هي الفترة التي يجب الكشف فيها عن الابتكار والإبداع لدى الطفل، وذلك إذا مكناه من الحركة والاستكشاف، وأعطينا له الحرية للتجريب والممارسة والعمل.

خمسة عشر: تعتبر سنوات الطفولة المبكرة العمر الأمثل لتعلم واكتساب المهارات المختلفة، وذلك لأن طفل ما قبل المدرسة يستمتع بتكرار أي عمل حتى يتمكن من إتقانه والنجاح فيه، ولا يمل القيام به، ولذا كان على المحيطين بالطفل تدريبه على اكتساب المهارات الحسية والحركية والاجتماعية والمعرفية بما يساعده في الاعتماد على النفس مستقبلاً.

ستة عشر: سنوات الطفولة المبكرة هي الفترة الحيوية لتكوين الضمير الخلقي، والوازع الديني للإنسان الفرد من خلال علاقته مع المحيطين به في البيئة.

سبعة عشر: تتحدد الاتجاهات الأساسية للطفل خلال السنوات الستة الأولى من حياته: من خلال المشاعر التي يشعر بها، والتصرفات التي يقوم بها، والنماذج التي يسمعها، والكبار الذين يقلدهم.

وهكذا نرى أن الطفولة المبكرة والمقابلة لمرحلة ما قبل المدرسة تعتبر من أهم فترات الحياة الإنسانية، وخاصة أن الأطفال اليوم يعيشون في عالم الابتكارات والاختراعات.

ولذا أوضحت (سعدية بهادر، 2002) إن من واجبنا تنمية عقولهم وشحذ حواسهم وتعريضهم للبرامج التربوية والنفسية الموجهة لخدمتهم، والهادفة لنقص نموهم، ومساعدتهم على تحقيق النمو المتكامل والسليم جسمياً ونفسياً واجتماعياً وحركياً وحسياً. (سعدية بهادر: 2002، 31: 72).

خصائص نمو مرحلة الطفولة

من أهم خصائص نمو الأطفال في هذه المرحلة في الجوانب الجسمية والحركية والإنسانية والوجدانية، والاجتماعية، والعقلية الآتي:

أولاً: في مجال النمو الجسمي والحركي Physical & Motor Development

إنطلاقاً من الاتجاهات العامة في النمو، وبالتحديد الاتجاه الذي يتعلق بظاهرة التناوب بين النمو الجسمي والنمو العقلي من حيث البطء والسرعة، فحين يسرع نمو الجسم وزناً وطولاً يبطئ نسبياً معدل النمو العقلي، والعكس صحيح إذ تأتي أوقات في حياة الطفل يبطئ خلالها نمو الجسم تاركاً المجال فسيحاً للتركيز على النمو العقلي وزيادة سرعته.

وقد لاحظ H. A. Harris في النمو الثبات والتوازن الجسمي لطفل ما قبل المدرسة الهدوء النسبي، ورأى أن الفترة الأولى تتميز بالنمو الجسمي السريع، وخاصة خلال المرحلة الأولى من حياة الطفل، ويتبع هذه الفترة هدوء ويكون فيها النمو الجسمي بطيئاً، وهي فترة تمتد من الثانية إلى الخامسة، الفترة الثانية تبدأ من الخامسة إلى السابعة وتليها فترة هدوء تمتد إلى حوالي الثانية عشرة، وتليها فترة هدوء أخرى تستمر إلى العشرين. (عفاف عويس، 2003: 132).

ونستطيع أن نفهم الأطفال فهماً واضحاً إذا ما نظرنا إليهم على أنهم أناس يعتريهم التغيير، وأن لديهم القدرة على اكتساب الخبرات الواسعة، وأنهم يتأثرون ببيئاتهم تأثراً سريعاً رغم اختلافهم في مدى استجاباتهم تبعاً لمراحل نموهم ولقدراتهم الفردية. ويمكن أن نجمل احتياجات الطفل الجسمية في:

1. الحاجة للغذاء والشراب.
2. الحاجة للإخراج والتخلص من الفضلات.
3. الحاجة للنوم والراحة.
4. الحاجة للحركة والنشاط واللعب. (هدى قناوي، 1999، 107).

وتوضح هدى قناوي (1999): أن الحاجة للنشاط والحركة واللعب تعتبر من الحاجات العضوية الهامة التي تساعد على النمو الجسمي للطفل وتؤدي إلى إشباع حاجات أخرى ترتبط باللعب والحركة والنشاط المختلف مثل الحاجة إلى البحث والمعرفة والاستطلاع

والحاجة إلى الإنجاز والنجاح، وبناء الشخصية التي تتميز بالمشاركة والمبادأة والإقدام تلك السمات المطلوبة في جيل الصغار الذين هم كل المستقبل.

إن النمو الحركي يقصد به التغيرات التدريجية التي تطرأ على جانب الاستجابات العضلية والحركية التي تعكس التفاعل بين الكائن الحي الآخذ في النمو وبين بيئته بما تتضمنه من مثيرات. (عادل عبد الله: 1999، 23).

يكون النمو الجسمي أبطأ في مرحلة ما قبل المدرسة منه في مرحلة سني المهد، ولذا نجد أن معدل النمو في الطول يبطئ في سنوات ما قبل المدرسة، وبالرغم من أن الذكور يكونون أكبر من الإناث، فإن الإناث يكن أكبر إلى النضج من البنين، وكذلك يتغير مظهر الطفل من رضيع صغير إلى النمط الطفلي. (سعدية بهادر: 1994، 261).

يتطور النمو الحركي للطفل في الفترة من العام الثاني حتى العام الخامس بصورة كبيرة ويتخذ أشكالاً متعددة، وأهم الخصائص العامة المميزة للنمو الحركي في هذه الفترة ما يلي:

1. التعطش الجامح للنشاط والحركة.
2. الإفراط في بذل الجهد.
3. الحركات غير الهادفة.
4. سرعة الانتقال من نشاط حركي إلى آخر. (حسن مصطفى، هدى قناوي، 2000، 67-68)

ثانياً: في مجال النمو الانفعالي Emotional Development

تنعكس حالة النمو الجسمي البطيء في هذه المرحلة على النمو الانفعالي لاسيما في الفترة من 4-5 سنوات فإذا كانت الاستجابات الانفعالية خلال مرحلة الطفولة الأولى (1-3) سنوات يغلب عليها طابع الحدة والانتشار واللاتمايز؛ فإن هذه الاستجابات تأخذ خلال هذه المرحلة في الهدوء والتخصص والتمايز، بمعنى أننا نرى شكلاً من التلازم بين الحركات المرتبطة بالتعبير الانفعالي والموقف الذي يتطلب رداً أو استجابة معينة، وتكون استجابات الغضب الأولى عند الطفل الصغير عشوائية حيث يأتي بكثير من الحركات المفككة التي لا تجدي في مجابهة الموقف المثير، ولكن حركته لا تلبث بمرور الزمن أن تغدو أكثر ترابطاً واستهدافاً لشيء أو شخص ما وهكذا يحدث انتقال من الاستجابة الشديدة غير المركزة إلى الاستجابات المتزنة والمتميزة معاً. (عفاف عويس: 2003، 135).

حيث يكون النمو الانفعالي عبارة عن عملية يتطور فيها الانفعال لينتقل من الغموض إلى الوضوح بحيث يكتسب هذا الشكل الغامض صفات تكوينية تعمل على توضيح هذا الشكل بما يمكن تمييزه مع مرور الزمن. (مفيد حواشين، زيدان حواشين: 2003، 25)

وتزداد الانفعالات في تمايزها خلال مرحلة ما قبل المدرسة، وذلك بازدياد اتصالات الطفل وتعقدها مع الآباء والأقران وغيرهم، مما يفسح المجال لظهور انفعالات الحب والغيرة والتنافس والعدوان والخوف والألم، ويظهر الغضب في هذه المرحلة كرد فعل استجابة للإحباط الذي يؤدي إلى العدوان، كذلك يساعد نمو التخيل عند الطفل في هذه المرحلة على ازدياد المخاوف غير المحسوسة.

ولا يحتاج الوليد في نموه إلى مجرد الحصول على الطعام والشراب والهواء فقط، ولكنه يحتاج أيضاً إلى الجو العاطفي والانفعالي السليم الذي يدعم نمو شخصيته منذ البداية، وتصبح الخبرات السلوكية الانفعالية التي يمر بها الطفل منذ مولده، وكذلك مجموعة الاشتراطات والقوى الانفعالية الخاصة به حصيلة لخبراته الفردية الخاصة، التي تصبح ذات أهمية كبرى في تحديد سمات شخصيته واتجاهاته وميوله. (هدى قناوي: 1999، 171).

والواقع أن أهم ما يميز هذه المرحلة الانفعالية هو العنف وشدة التأثر وعدم الاستقرار حيث تتسم حياة الطفل الانفعالية بالعنف والتنوع والتقلب الفجائي، فنوبات الغضب إلى حد التشنج والعدوان والخوف إلى حد الذعر، والغيرة إلى حد التحطيم، والحزن إلى حد الاكتئاب، والفرح إلى حد البهجة والنشوة، ثم التذبذب بين هذه الحالات.

ويبلغ نشاط الطفل الانفعالي أقصاه في نهاية السنة الثالثة، ويتميز شكل ونوع الانفعال بالحيوية والقوة، وسرعان ما ينتقل فجأة من حالة انفعالية إلى أخرى مضادة لها، ثم تأخذ حدة الانفعالات في الزوال تدريجياً، ويبدأ العمل على تكامل خبراته الانفعالية والربط بينها بعلاقات ثابتة مستمرة فتتجمع عدة انفعالات حول موضوع معين وغالباً ما يكون شخصاً، وبذلك يشرع في تكوين ما يسمى بالعادة الانفعالية أو العاطفية.

وفي العام الرابع يشرع في اللعب وسط الأطفال نتيجة لظهور ميله نحو غيره من الأطفال لكنه لا يسمح لهم أن يلعبوا بلعبه فيلعب كل منهم بلعبته الخاصة، وفي سن الخامسة يتكون نوع من الاستقرار في حياة الطفل الانفعالية نتيجة للأمان والطمأنينة التي تسود علاقته بأمه، ومع ذلك فهو لايزال عنيداً، ويستمر ذلك معه حتى نهاية المرحلة. (عادل عبد الله: 1999، 16، 17).

وفي سنوات الطفولة المبكرة، ومن خلال الحياة اليومية، يتعلم الطفل التعبير عن انفعاله، ويتميز الطفل خلال هذه المرحلة بالتمركز حول ذاته، إذ يلح كثيراً في طلباته ويكون واعياً لتأثير انفعالاته على الوالدين، كما يتعلم أيضاً المدى الذي يمكنه من الوصول إلى التعبير عن انفعالاته. (حسن مصطفى، هدى قناوي: 2000، 202).

ثالثاً: في مجال النمو الاجتماعي Social Development

نظراً لأن الطفل قد استقل وأصبح قادراً على الحركة واللعب واستعراض نفسه وإمكانياته بجرأة نجده يأتي بأفعال تجذب اهتمام الآخرين (أي مبادرات) حيث أطلق أريكسون على هذه المرحلة المبادرة، وأن محورها النفسي الاجتماعي هو المبادرة في مقابل الشعور بالذنب Initiation Versus Guilt فالطفل متطلع شغوف يسعى لنيل مكانة أفضل خاصة لدى والده من الجنس المقابل ولكن هذا السعي يعوقه وجود الأب من نفس الجنس فيعاني الطفل من صراع دخلي يسمى الصراع الأوديبي Oedipal Conflict. (محمود حمودة،1998، 39).

ويتأثر الطفل في نموه الاجتماعي بالأفراد الذين يتفاعلون معه والمجتمع القائم، الذي يحيا في إطاره وبالثقافة التي تهيمن على أسرته وحضارته ووطنه وتبدو آثار هذا التفاعل في سلوكه واستجاباته. (سهير كامل: 1998، 76).

وينمو الطفل في هذه المرحلة في سياق اجتماعي إطاره الأسرة، ثم يتسع نطاق هذا الوسط ليشمل الجيران ورفاق اللعب، مما يزيده وعياً بالبيئة الاجتماعية.

ويكون النضج الذي حققه الطفل في مستوى قدراته الحركية، والذي جعله ينتقل في المكان بحرية أكثر من ذي قبل، ويتعرف على الشارع أو يذهب إلى المتنزهات مع أسرته فيمارس مختلف المهارات الحركية من جري وقفز وتسلق، ويساعده ذلك شيئاً فشيئاً على الاتصال بالآخرين ويهيئ له مناخاً ملائماً لتعميق علاقاته بالآخرين وظهور المزيد من السلوكيات الاجتماعية. (عفاف عويس: 2003، 138).

وتبدأ علاقات الطفل مع الآخرين، حيث تظهر فيها عملية التقليد والرغبة في البروز والظهور والتفوق والتعاون في اللعب والمشاركة الوجدانية والرغبة في القبول الاجتماعي كالعناد والعدوانية والأنانية والعداء نحو الجنس الآخر، وتعتبر العلاقات الانفعالية غاية في الأهمية في هذه المرحلة؛ لأنها تشكل اتجاهات الطفل الصغير نحو الناس والحياة والأشياء

والحياة بوجه عام، وهي في النهاية تؤثر على نمو شخصيته وتشكيل جوهرها. (سعدية بهادر: 1994، 263).

وتتسع مجالات نشاط الطفل الاجتماعي فلا تقتصر على الأسرة والراشدين بل تشمل جماعات اللعب مع الأقران، وتظهر ظاهرة الرفيق الخيالي بين الثالثة والخامسة من العمر، وفي الرابعة تكون نسبة لعب الطفل الجماعي أعلى من نسبة لعبه الانفرادي. (عواطف إبراهيم: 1993، 152).

ويشارك الطفل الآخرين في كثير من أنماط السلوك الاجتماعي ويبدأ في التعاون مع الآخرين، ويستمتع باللعب معهم، ويساعده ذلك على تعلم الأخذ والعطاء واكتساب الروح الرياضية، ويتعلم الطفل من خلال اللعب كيف يكّون علاقات مع الغرباء، وكيف يواجه المشكلات التي تنجم عن مثل هذه العلاقات كذلك فهو يتدرب على الأدوار الاجتماعية المختلفة أثناء اللعب. (عادل عبد الله: 1999، 17).

فيلاحظ الطفل الاختلافات والتشابهات بين أفراد أسرته ذكوراً وإناثاً وكذلك الاختلافات بين زملائه في الروضة فكل طفل يختلف عن الآخر في أشياء، وقد يتفق معه في أشياء أخرى، وكذلك القوانين التي تضعها المعلمة للطفل في فصل الروضة وغرفة النشاط تساعد الطفل على فهم معنى الحقوق والواجبات والنظام وما إلى ذلك من اتخاذ القرارات التي تساعد الأطفال في تعبيهم وكيفيته وأسلوب التعامل مع بعضهم وطرق وأساليب السلوك المناسبة في المواقف المختلفة. (هدى قناوي: 1995، 143).

رابعاً: في مجال النمو العقلي Mental Developmental

يستجيب الطفل للأشياء على أساس خصائصها المادية، وكلما تقدم في السن يزداد استخدامه للأشياء على أساس معناها الرمزي، ويستطيع الطفل خلال هذه المرحلة أن يستخدم المثيرات لكي ترمز إلى أشياء أخرى أو لتقوم مقامها، ويميل الطفل في نهاية هذه المرحلة إلى إدراك الموضوعات بكلياتها دون أن يعني بالجزئيات كذلك يتميز بحبه للاستطلاع، كما يتميز في هذا السن بالميل إلى التحليل والتركيب والفك والبناء.

وتزداد خلال هذه المرحلة قدرة الطفل على الفهم، وقدرته على التعلم من الخبرة والمحاولة والخطأ، وتحدث زيادة في التذكر المباشر، ويستطيع تذكر الأجزاء الناقصة في الصورة. (عادل عبد الله: 1999، 16).

كما أن الطفل يتعرف على العالم الخارجي، وعلى بيئته في أول مراحل عمره من خلال حواسه باعتبارها منافذ، إلى المعرفة والثقافة ويطلق على هذا المظهر المستوى (الإدراكي الحسي) أي أن الطفل يدرك ويعرف الأشياء من خلال حواسه....

ثم يأتي بعد ذلك مستوى العمليات الارتباطية، ويقصد بها قدرة الطفل على التذكر واسترجاع الصور الذهنية التي مرت به سواء أكانت هذه الصور سمعية أو بصرية أو غيرها من الصور الأخرى التي مرت به في ماضيه إلى حاضره، ويقيم منها علاقات مختلفة تساعده على النمو.... ثم يأتي بعد ذلك المستوى الأخير وهو مستوى العلاقات :الذي ينطوي على مهارات التفكير وعملياته والوصول إلى حلول للمشكلات مرورا بسلسلة متتابعة لمفاهيم رمزية أو معان محددة. (هدى قناوي:143,1999)

وفي هذه المرحلة من النمو العقلي يتعرض الطفل للكثير من عمليات التطور والتغيير مواكبة لنضجه العقلي، بما في ذلك عمليات الإدراك والحفظ والتفكير والتخيل بالإضافة إلى الذكاء، ويبدأ الطفل في نهاية العام الثاني من عمره إدراك الفروقات بين الموضوعات المختلفة، وتكوين المفاهيم عن الأشكال والأوزان والحجوم والمسافات والزمن والأعداد والألوان. (مفيد حواشين، زيدان حواشين، 2003، 27).

وبظهور بعض المفاهيم الكيفية والكمية الحسية: يكون عالم الطفل العقلي لا يتجاوز مجموعة الخبرات الناتجة عن اتصالاته الجسمية بالبيئة من خلال أجهزة الحس التي تتلقى المنبهات الخارجية، مثل العين والأذن بالإضافة إلى إحساساته الداخلية ويتراكم هذه الخبرات يوماً بعد يوم يزداد مدلول الأحداث بالنسبة له ويبدو قادراً على التمييز بين الظواهر التي كان بعضها مختلطاً ببعض، كما يزداد استعداده للاستجابة للرموز بفضل تقدم اكتسابه اللغة، وما يترتب على ذلك من قدرة على التعميم، ولكن في حدود ضيقة جداً فينزع الطفل شيئاً فشيئاً إلى ترتيب خبراته وتنظيمها، ومن ثم تتكون لديه بعض المفاهيم الكيفية والكمية التي ترتبط بخبراته الحسية الملموسة، والتي يتعامل معها في واقعه اليومي؛ والتي لا ترتفع بعد إلى مرتبة المفاهيم المجردة. (عفاف عويس: 2003، 143-144).

ويطرد نمو ذكاء الطفل في هذه المرحلة، ويكون إدراكه للعلاقات والمتعلقات، وبعيداً عن التجريد، ويذكر بياجية Piaget أن الذكاء في هذه المرحلة وما بعدها يكون تصورياً تستخدم فيه اللغة بوضوح.

ويعتبر الإدراك الحسي وسيلة الطفل الأولى للاتصال بنفسه وبيئته، ولفهم مظاهر الحياة المحيطة به وتكوين حياته المعرفية الواسعة، ولذا يعتبر أساس حياة الطفل المعرفية. (هدى برادة وآخرون: 1985، 110).

ويكتسب طفل ما قبل المدرسة القدرة على فهم فكرة دوام وثبات الأشياء، ويكون تفكيره متمركزاً ويشعر بأنه لا توجد لديه حاجة لتبرير تفكيره لأي فرد آخر، ولكن بازدياده في العمر في هذه المرحلة يصبح أكثر مرونة وأقل تمركزاً حول ذاته، وتكون مفاهيم الطفل في البداية كامنة في خبراته الحسية ثم تصبح مجردة أكثر فأكثر بازدياد خبرات الطفل في تجميع الأشياء والتعامل مع الأعداد والفراغ والزمن، ويساعد عملية التجريد الذي تقدمه اللغة مع العلم بأن اللغة والمفاهيم يتعلمها الطفل من خلال علاقاته مع الناس.

ويقتصر على التفكير البسيط أو التفكير ذي البعد الواحد، إذ نجد أن الطفل يركز انتباهه على جانب واحد فقط في المهمة أو الموقف، ويمكن أن نميز أهم التغيرات التي تظهر في تفكير الطفل وسلوكه خلال تلك المرحلة، وهي أن الطفل يبدأ في تعلم اللغة، وتظهر التمثيلات الرمزية للأشياء، وتتكون الأفكار البسيطة والصور الذهنية، كما نلاحظ أيضاً أن تفكيره يتحول تدريجياً إلى التفكير الرمزي، وتسمى هذه المرحلة بهذا الاسم لأن الطفل يكون غير قادر على أن يدخل في عمليات عقلية أساسية معينة، إذ لا يكون قد اكتسب القدرة على القيام بالعمليات المنطقية بعد، فإنه يتكون لدى الطفل مفاهيم غير ناضجة يسميها بياجية ما قبل المفاهيم Pre Concept فمثلاً قد يكون لدى الطفل في هذه المرحلة فكرة عامة عن الطيور والسيارات ولكن لا يستطيع أن يميز بين الأنواع المختلفة من الطيور والسيارات.

وعند نهاية هذه المرحلة يدرك الطفل الأشياء جيداً على أنها في مكان وزمان، كما تظهر بداية التفكير المنطقي المنظم، ويستطيع أيضاً أن يدرك الأشياء المتشابهة على أنها تنتمي إلى نفس النوع أو الفئة، كما أنه يبدأ في تكوين أفكاره في نطاق التصنيف، وتظهر قدرته على العد والجمع والطرح، هذا وتقسم مرحلة ما قبل العمليات إلى فترتين أو مرحلتين هما: (عادل عبد الله: 2003، 191: 192).

أولاً: مرحلة ما قبل التفكير الإجرائي (ما قبل المفاهيم) Pre Conceptual Thought

ثانياً: مرحلة التفكير الحدسي Intuitive Thought

ويطلق بياجية على هذه الفترة مرحلة ما قبل العمليات (2-7 سنوات) وفيها يبدأ الطفل في استخدام الرموز العقلية (الخيالات أو الكلمات) حيث تمت قدرته اللغوية على استخدام الرمز بالكلمات للأشياء، وتعطي اللغة مرونة عظيمة لمجال التذكر، وتموها يمكن الطفل من استخدام الذاكرة التخيلية لبعث الذكريات (إعادة معايشة الأحداث السابقة) وتكوين خطط مستقبلية، فالطفل في هذه المرحلة أصبحت لديه معرفة بثبات الموضوع وقدرة على المحاكاة المؤجلة واللعب الرمزي ورسم الأشكال دون الرجوع لمفاتيح حسية مباشرة بالإضافة إلى اللغة، ويتميز التفكير في الطفولة المبكرة بالنمط السحري الذي يعني أن ما يتمناه الطفل سوف يتحقق، وعدم التفرقة بين الأفكار والأفعال وبين الواقع والأحلام والخيالات، وغياب السببية والمنطق، وعيانية التفكير وحرفيته فلا يعني القول غير حرفيته، وعدم القدرة على وضع احتمالات بديلة... كما تنمو لديه القدرة على وضع الأشياء في مجموعات بسيطة.

والتفكير تسوده الادراكات المباشرة فهو غالباً يدرك جانباً واحداً من الموضوع أو المواقف ويتمركز حول الذات فينسب كل الملاحظات لنفسه، ولا يستطيع الطفل خلال هذه المرحلة إدراك أصول الأشياء (أي إرجاع ناتج العمليات لأصولها) وهو ما أسماه بياجية عدم القدرة على فهم ثبات المادة. (محمود حمودة: 1998، 14).

خامساً: في مجال النمو اللغوي Language Development

يتمكن الطفل مع بداية عامه الثالث من التعبير عن أفكاره في جمل قصيرة وبسيطة، كما أنه أصبح يتمتع بزيادة كبيرة في المفردات وفي الوقت نفسه يمكنه التعامل مع بعض قواعد اللغة، كالأفعال في بناء الجملة مع إعطاء أمثلة كثيرة بعد أن كان يستعمل الأسماء قبل استعماله الأفعال بسبب سهولة لفظ الاسم وصعوبة لفظ الفعل، فالفعل يدل على حدث يرتبط بزمن معين. وباستطاعة الطفل في عامه الثالث تكوين جمل تبلغ مفرداتها ثلاث كلمات، ثم ينتقل من الجملة البسيطة إلى استعمال الجملة المركبة والمعقدة. وبشكل عام يمكن ملاحظة الآتي:

في أحاديث الطفل

- الوضوح واختفاء مظاهر الإبهام في الحديث كالجمل الناقصة وغيرها.
- التعبير اللغوي الواضح والدقيق والمفهوم وهو يمر بمرحلتين، المرحلة الأولى في سن الثالثة وهي مرحلة الجملة القصيرة (3-4) كلمات، وهي تؤدي وظيفتها رغم أن تركيبها

اللغوي غير سليم،ثم المرحلة الثانية في سن الرابعة، وهي مرحلة الجملة الكاملة (5-6 كلمات) تتميز بأنها جملة مفيدة تامة الأجزاء، وتعبر بشكل أكثر دقة عن سابقاتها.

- يصبح التفاعل في هذه المرحلة لفظياً أكثر منه حركياً، كما تزداد القدرة على التجريد لدى الطفل. فالقط يصبح لديه حيوان، والحليب طعاماً، كما يظهر عنده التعميم إذ أن مفهوم الحلوى عنده يشمل كل شيء حلو المذاق.
- يظهر حب الأطفال للثرثرة والكلام عن الحاضر أكثر من الماضي والمستقبل، وأكثر العيوب هي التردد وتكرار الكلمات. (مفيد حواشين، وزيدان حواشين: 2003، 30).

ويسرع النمو اللغوي في العام الثاني من الحياة، مما يسرع في إكساب عملية التفكير مرونة ودقة، حيث إن الرموز اللفظية تجعل حل المشاكل أكثر كفاءة وتعكس اللغة تمركز الطفل حول ذاته. (سعدية بهادر: 1994، 262).

هذه المرحلة هي مرحلة أسرع نمو لغوي تحصيلاً وتعبيراً وفهماً، ويتجه التعبير اللغوي نحو الموضوع ويتحسن النطق ويزداد فهم كلام الآخرين.

ويرد دولاكروا Delcaroix أنه قد حدث للطفل تحول فوضوي من عالم الإحساسات إلى عالم الأشياء، فالطفل يشعر بفرقه شديدة حين يكتشف أن كل شيء إسم ويتساءل دون كلل أو ملل عن الأشياء المحيطة به حتى أننا نجد أن 75٪ من أحاديثه أسئلة حول ما هذا وما ذاك؟ وهو لا ينتظر جواباً على سؤاله أكثر من اسم يردده ضاحكاً، ويمنح إذ ذاك وجوداً للشيء بالنسبة لإدراك الطفل ويعمل ارتباط الاسم بالشيء على تنظيم فوضى الإدراك إلى وحدة جيدة التحديد، كما أن الطفل الذي يسيء التمييز بين شيئين فإنه يخلط بين اسميهما والخلط بين الأسماء بدوره يؤدي إلى الاختلاط الأشياء في إدراك الطفل، ومن هنا تنشأ ضرورة الربط المحكم بين الاسم والمسمى. (عفاف عويس: 2003، 150).

ويزدهر النمو اللغوي للطفل عند بلوغه أربع سنوات، بل إنه يفوق في نموه جوانب أخرى، ويستطيع الطفل في هذا السن أن يتكلم عن كل شيء بل ويتلاعب بالكلمات، ويطلب تفسيرات جديدة بعد أن فقدت السابقة صفاتها التي كانت تقنعه وترضيه، كما أنه يحكي القصص الكثيرة ويعلق على المواقف التي تحدث أمامه أو الأحداث التي يراها، وعند نهاية هذه المرحلة يكون قد تمكن من السيطرة على لغته والاستفادة منها بفاعلية، ويتميز النمو اللغوي للطفل في هذه المرحلة بعدة أمور من بينها أن لغة الطفل يغلب عليها التعلق

بالمحسوسات، ويتميز بالسرعة تحصيلاً وفهماً، كما تزداد مفردات الطفل بسبب فضوله وحبه للاستطلاع (عادل عبد الله: 1996، 16).

أساليب المعاملة الوالدية وما يترتب عليها من معاناة الأطفال من الاضطرابات السلوكية والانفعالية

وأساليب المعاملة هي مجموعة من الأساليب المتبعة في تربية الطفل وتنشئته ويكون لها أثرها في تشكيل شخصيته؛ وعلى هذا فإن أساليب المعاملة هي الإجراءات والأساليب التي يتبعها الوالدان في تطبيع أو تنشئة أبنائهم اجتماعياً أي تحويلهم من مجرد كائنات بيولوجية إلى كائنات اجتماعية، وما يحتنقا، من أساليب معاملة توجه سلوكياتهم إما لآثار سلبية أو إيجابية في شخصية الأبناء.

ولقد أوضحت (هدى قناوي) أنه قد أصبح من المسلم به في الوقت الحاضر لدى علماء الصحة النفسية والباحثين في مجالها أن هذه الاتجاهات تترك آثارها السلبية أو الإيجابية في شخصية الأبناء، ويعزى إليها مستوى الصحة النفسية الذي يمكن أن تكون عليه شخصياتهم كراشدين فيما بعد.

وأكثر التقسيمات شيوعاً تقسيم الاتجاهات الوالدية كما يلي:

1. أسلوب التسلط.
2. أسلوب الحماية الزائدة.
3. أسلوب الإهمال.
4. أسلوب التدليل.
5. أسلوب إثارة الألم النفسي.
6. أسلوب القسوة.
7. أسلوب التذبذب.
8. أسلوب التفرقة.
9. أسلوب السواء.

1. **أسلوب التسلط Authoritarian Approach**: ويتمثل في فرض الأم أو الأب لرأيه على الطفل ويتضمن ذلك الوقوف أمام رغبات الطفل التلقائية أو منعه من القيام بسلوك معين لتحقيق رغباته التي يريدها حتى ولو كانت مشروعة (أي أنهما يتبعان الأسلوب الصارم في التنشئة).

2. **أسلوب الحماية الزائدة Extra-Protective Approach**: ويتمثل في قيام أحد الوالدين أو كلاهما نيابة عن الطفل بالواجبات أو المسؤوليات التي يمكنه أن يقوم بها والتي يجب تدريبه عليها إذا أردنا له أن يكون شخصية استقلالية حيث يحرص الوالدان أحدهما أو إحداهما على حماية الطفل والتدخل في كل شئونه لدرجة إنجاز الواجبات والمسئوليات التي يستطيع القيام بها فلا تتاح للطفل فرصة اتخاذ قراره بنفسه.

3. **أسلوب الإهمال Negligtant Approach**: ويتمثل في ترك الطفل دونما تشجيع على السلوك المرغوب فيه أو الاستجابة له وكذلك دون محاسبة على السلوك الممنوع عنه، بالإضافة إلى ترك الطفل دون توجيه إلى ما يجب أن يفعله أو يقوم به أو إلى ما ينبغي عليه أن يتجنبه وغالباً ما ينتج هذا الأسلوب عن عدم التوافق الأسري الناتج عن العلاقات الزوجية المحطمة ويتضح أسلوب الإهمال في صورتين:

أ. إما في صورة اللامبالاة.

ب. عدم إثابة الطفل على السلوك المرغوب فيه.

4. **أسلوب التدليل Spoiling Approach**: ويتمثل في تشجيع الطفل على تحقيق معظم رغباته بالشكل الذي يحلو له وعدم توجيهه لتحمل أية مسئولية تتناسب مع مرحلة النمو التي يمر بها وقد يتضمن هذا الأسلوب تشجيع الطفل على القيام بألوان من السلوك الذي يعتبر عادة غير مرغوب فيه اجتماعياً وكذلك قد يتضمن هذا الأسلوب دفاع الوالدين عن هذه الأنماط السلوكية غير المرغوب فيها ضد أي توجيه أو نقد يصدر إلى الطفل من الخارج.

5. **أسلوب إثارة الألم النفسي Point Stimulating Approach**: ويتمثل في جميع الأساليب التي تعتمد على إثارة الألم النفسي وقد يكون ذلك عن طريق إشعار الطفل بالذنب كلما قام بسلوك غير مرغوب فيه أو كلما عبر عن رغبة محرمة، كما قد يكون ذلك أيضاً عن طريق تحقير الطفل والتقليل من شأنه أياً كان المستوى الذي يصل إليه في سلوكه أو أدائه.

6. **أسلوب القسوة Cruelty Approach**: ويتمثل في استخدام أساليب العقاب البدني (الضرب) والتهديد به أي كل ما يؤدي إلى إثارة الألم الجسمي كأسلوب أساسي في عملية تنشئة الطفل وتطبيعه اجتماعياً.

7. **أسلوب التذبذب Fluctration Approach**: ويتمثل في عدم استقرار الأب أو الأم من حيث استخدام أساليب الثواب والعقاب وهذا يعني أن سلوكاً معيناً يثاب عليه الطفل مرة ويعاقب عليه مرة أخرى كما يتضمن هذا الأسلوب التباعد بين أسلوب كل من الأب أو الأم في تنشئة الطفل وتطبيعه اجتماعياً.

8. **أسلوب التفرقة Defferention Approach**: يتمثل في تعمد عدم المساواة بين الأبناء جميعاً والتفضيل بينهم بسبب الجنس أو الترتيب الميلادي أو السن أو أي سبب آخر.

9. **أسلوب السواء Normality Approach**: ويتمثل في معاملة الأبناء جميعاً بالمساواة وعدم التفرقة بينهم بسبب الجنس أو الترتيب الميلادي أو السن أو أي سبب آخر وأن يتضمن هذا الأسلوب عدم استخدام أساليب العقاب البدني أو التهديد أو أسلوب الحماية الزائدة أو أسلوب الإهمال أو أسلوب التذبذب بل يشمل أسلوباً سوياً في معاملة الآباء مع الأبناء. (هدى قناوي: 2003، 81-97).

تعد مرحلة الطفولة من أبرز المراحل النمائية، وهي الأكثر حساسية في حياة الأفراد، وهذا ما جعل المؤلف يبدأ بمتطلبات مرحلة الطفولة واحتياجاتها، وأهمية هذه المرحلة في تكوين شخصية الفرد وما يترتب عليها من سواء نفسي أو اضطراب سلوكي وانفعالي، ففي هذه المرحلة يحتاج الطفل إلى تعلم أنواع مختلفة من الخبرات المرتبطة به كذات إنسانية، حيث إن الأفراد فيها بحاجة إلى مطالب نمائية معينة يجب تحقيقها لديهم، وفيها كذلك تتوفر لدى الأفراد استعدادات لتعلم الخبرات واكتساب أنماط السلوك السليم وتنمية المهارات والقدرات المناسبة.

إن عدم تلبية مطالب هذه المرحلة واستغلال الاستعدادات المتاحة فيها ينعكس سلباً في نمو الأفراد وتطور خصائصهم وبالتالي يؤثر في تكوين شخصياتهم المستقبلية ويعيقهم عن عملية التكيف النفسي والاجتماعي وليس هذا فحسب بل يصبح هؤلاء الأفراد يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية ومثل هذه الاضطرابات تكون مزعجة وذات آثار ونتائج سلبية لا تنعكس آثارها على الأفراد الذين يعانون منها بل تمتد إلى الأفراد المحيطين بهم.

السلوك Behavior

السلوك: هو الظاهرة التي يهتم علم السلوك الإنساني بدراستها، وليس من شك في أن تعريفنا للسلوك له أثر بالغ على استراتيجيات القياس والعلاج التي نستخدمها.

وفي الحقيقة فإن ثمة اختلافات كبيرة بين نظريات علم النفس في نظرتها وتعريفها للسلوك. فبعض النظريات مثل نظرية التحليل النفسي لا تولي اهتماماً كافياً بالسلوك الظاهر، لأنها تنظر إليه بوصفه مجرد عرض لصراعات أو اضطرابات نفسية داخلية.

بينما ينادي تعديل السلوك بدراسة السلوك الظاهر بوصفه ظاهرة قائمة بحد ذاتها. وبشكل عام يمكننا تعريف السلوك بأنه كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد ظاهرة كانت أم غير ظاهرة.

ويؤكد جونستون وبنيبيكر (Johnston & Pennypacker 1980) أن التعريف العلمي للسلوك يجب أن يأخذ بعين الاعتبار التفاعل بين الفرد وبيئته، وأن يشير إلى أن هذا التفاعل عملية متواصلة.

فالسلوك ليس شيئاً ثابتاً ولكنه يتغير، وهو لا يحدث في فراغ وإنما في بيئة ما وعلى وجه التحديد يعرف جونستون وبنيبيكر السلوك بأنه: ذلك الجزء من تفاعل الكائن الحي مع بيئته، الذي يمكن من خلاله تحري حركة الكائن الحي أو حركة جزء منه في المكان والزمان، والذي ينتج عنه تغيير للقياس في جانب واحد على الأقل من جوانب البيئة.

وهكذا فالسلوك يؤثر في البيئة ويتأثر بها أيضاً، والسلوك خاصية يمتاز بها الأحياء وهو ذو علاقة ببقائها، فتكيف الفرد (وهو أحد محددات بقائه) يعتمد على طبيعة سلوكه.

والسلوك مصطلح يتصف بالعمومية والشمولية، فهو عادة يشير إلى مجموعة من الأفعال التي تتصف ببعض الخصائص المحددة (كالسلوك الاجتماعي مثلاً) ولهذا يجزأ السلوك إلى مجموعة من الاستجابات، والاستجابة (Response) هي الوحدة القابلة للقياس في علم السلوك.

إنها ذلك الجزء من أفعال الفرد الذي يتم التركيز عليه في الملاحظة والقياس. وتبعاً لذلك فإن وحدة القياس الرئيسية في قياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية هي معدل الاستجابة (Rate of Response) التي ترتبط ببعضها البعض ارتباطاً وظيفياً.هذا ويهتم

الباحثون في ميدان تعديل السلوك بنوعين أساسيين من السلوك وهما: السلوك الإستجابي والسلوك الإجرائي..

السلوك الاستجابي Respondent Behavior

السلوك الاستجابي، أو ما يسمى أيضاً برد الفعل الانعكاسي هو السلوك الذي تتحكم به المثيرات التي تسبقه فبمجرد حدوث المثير يحدث السلوك ولهذا نقول إن المثير يستجر السلوك الإيجابي؛ فالحليب في فم الطفل يؤدي إلى إفراز اللعاب والضوء يعمل على تقليص حدقة العين وتسمى المثيرات التي تسبق السلوك بالمثيرات القبلية ولأن هذه المثيرات تستجر السلوك الإيجابي، فهي تدعى المثيرات الاستجرارية، إن السلوك الاستجابي لا يتأثر بالمثيرات التي تتبعه. ونستطيع القول إن السلوك الاستجابي أقرب ما يكون من السلوك اللاإرادي، فإذا وضع الإنسان يده في ماء يغلي، فهو يسحبها بدون أي تردد..

كذلك فهذا السلوك ثابت لا يتغير فالرجل يسحب يده من الماء الساخن كالطفل ولكن ما يتغير هو المثيرات التي تضبط هذا السلوك فما يحصل هو أن المثيرات جديدة لم تكن ذات علاقة بالسلوك في الأصل يمكن أن تصبح قادرة على ضبطه نتيجة خبرة الفرد.

السلوك الإجرائي Operant Behavior

السلوك الإجرائي هو السلوك الذي يؤثر في البيئة فيحدث تغيرات فيها. وهذا السلوك يتأثر بدوره بتلك التغيرات وبخاصة منها التغيرات التي تلي السلوك هذا نقول إن السلوك الإجرائي محكوم بنتائجه فالمثيرات البعدية قد تضعف السلوك الإجرائي أو قد تقويه أو قد لا يكون لها أي أثر يذكر عليه...

ونستطيع القول إن السلوك الإجرائي أقرب ما يكون من السلوك الإرادي إذ أنه يبدو تلقائي الحدوث، بمعنى أن حدوثه ليس نتيجة لمثيرات سابقة معينة. ولهذا نقول إن السلوك الإجرائي هو السلوك الذي يصدر عن الفرد فالإنسان يقرأ ويفكر ويضحك ويمشي ويجلس ويصفق ويغني، وهذه جميعاً أنواع من السلوك الإجرائي ولذلك فهي، جميعاً تتأثر بنتائجها فالمطرب يعيد بعض المقاطع من الأغنية عندما يصفق له الجمهور والطفل يكرر نفس الكلمة إذا ضحكت له وعبرنا عن فرحنا، الخ... وعلى أية حال فالقول بأن السلوك الإجرائي يحدث تغيراً في البيئة وأنه يتأثر بذلك التغير لا يعني بالطبع أنه لا تسبقه مثيرات بيئة أو أنه لا يتأثر بتلك المثيرات.

إلا أن هذه المثيرات القبلية لا تستجر السلوك الإجرائي كما هو الحال بالنسبة للسلوك الاستجابي، فالمثيرات السابقة تكتسب القدرة على ضبط السلوك الإجرائي من خلال ارتباطها بنتائج السلوك وينصب الاهتمام في البحوث المتصلة بالسلوك الإجرائي على دراسة نتائج التغيرات البيئية على السلوك من خلال تحليل العلاقة بين السلوك والمثيرات القبلية والمثيرات البعدية وهذا ما يعرف باسم شروط التعزيز.

هذا وتوصف العلاقات الوظيفية بين السلوك والمتغيرات ذات العلاقة به من خلال ما يسمى بمبادئ السلوك.. ومبادئ السلوك يتم التحقق منها بإجراء مئات بل وأحياناً آلاف الدراسات العلمية.. ومن المبادئ السلوكية الأساسية للتعزيز والعقاب والمحو أما التطبيق العملي لهذه المبادئ فيشمل استخدام أساليب تعديل السلوك وعلى الرغم من أن مبادئ السلوك قليلة عدداً إلا أن تطبيقاتها (أي أساليب تعديل السلوك) عديدة جداً فمبدأ العقاب مثلاً يمكن تطبيقه بأساليب متعددة منها التصحيح الزائد والإقصاء عند التعزيز والتوبيخ وكلفة الاستجابة وغير ذلك..

البيئة Environment

في تعديل السلوك يعتمد أن البيئة هي السبب الرئيسي وراء السلوك الإنساني وعندما نتحدث عن البيئة فنحن نشير إلى مجموعة الظروف الحقيقية التي يعيش فيها الفرد وتؤثر فيه ويؤثر فيها.. فعلاقة الإنسان مع البيئة علاقة متبادلة باتجاهين لا باتجاه واحد... وهكذا تتبوأ البيئة مكاناً بارزاً في علم تعديل السلوك فالهدف الأساسي الذي يتوخى هذا العلم تحقيقه هو اكتشاف العلاقات الوظيفية بين البيئة والسلوك.. والبيئة تتغير من وقت إلى آخر.. وفي حين يجزء السلوك إلى استجابات فإن البيئة تجزء المثير إلى عدة مثيرات وتبعاً لذلك فإن مفهومي الاستجابة والمثير من المفاهيم الأساسية في ميدان تعديل السلوك مجرد رد فعل للبيئة.

إن لفظة المثير ذات معنى عام تشير إلى أي حدث أو ظرف أو تغير محدد في البيئة من مثل الصوت والضوء والناس والمكان والرائحة الخ.. والمثيرات غالباً ما تمثل المتغيرات المستقلة في البحوث العلمية في ميدان السلوك وتعديله.. والمثيرات أنواع متعددة لمنها ما يحدث خارج الجسم ومنها ما يحدث داخل الجسم وتسمى المثيرات البيئية التي تحدث خارج الجسم بالبيئة الخارجية وهذه البيئة لا تقتصر على العالم المادي من حولنا ولكنها تشمل البيئة الاجتماعية أيضاً..

أما المثيرات التي تحدث داخل الجسم أو ما يسمى بالبيئة الداخلية.. فهي تشمل كل ما يدور داخل الجسد من انفعالات ومشاعر وتفكير ويطلق عليها اسم الأحداث الخاصة وعلى أي حال فإن الاهتمام في تعديل السلوك ينصب على ضبط الظروف البيئية الخارجية لأنها قابلة للملاحظة المباشرة ونتيجة لإمكانية التحكم فيها بسهولة نسبياً..

ومهما يكن من أمر فمن المثيرات البيئية ما يؤثر في الاستجابة ومنها ما لا يؤثر...

السلوك السوي

السلوك السوي: هو السلوك الذي تحكمه القوانين والمعايير التي يحيا فيها الشخص في البيئة المحيطة به، بحيث تكون استجابات الفرد تجاه المجتمع مقبولة اجتماعياً وطبقاً لمعاييره.

ويعد السلوك سوياً عندما يتلاءم مع الموقف الذي يقتضيه؛ بحيث نجد أن بعض الأفراد في (المأتم مثلاً) حالة الوفاة تنتابه حالة من الضحك؛ وهذا يعد سلوك مخالفاً للسياق الذي فيه الشخص، إذ يعد السلوك السوي هو الحزن على المتوفى؛ وهذا يعد هو المطلوب لهذا الموقف أما دون ذلك فهو الشذوذ.

أو موقف فرح فيجب أن يسلك الإنسان استجابات سلوكية تعبر عن فرحة وسعادة لهذا الموقف.

ولا يوجد تعريف شامل للسلوك السوي حيث تلعب البيئة دوراً رئيسياً في تحديد السلوك فربما يكون سلوك سوي في بلد ما لا يعد سلوكاً سوياً في بلد آخر وهذا نتيجة التغير الثقافي والاجتماعي والإيديولوجي.

فكل مجتمع له معاييره وقوانينه وأحكامه التي تحكم على السلوك.

السلوك الشاذ

هو ذلك السلوك الذي لا يتلاءم مع معايير المجتمع وقوانينه وأحكامه وقيمه وعاداته وتقاليده.

ويعد الشذوذ هو ما يخالف السواء وهو نتيجة لعدة عوامل:

1. الشذوذ نتيجة لعوامل جينية.
2. الشذوذ نتيجة لعوامل فسيولوجية.
3. خلل الكروموسومات.
4. الاضطرابات البيوكيميائية المختلفة.

5. تلف الدماغ.
6. نتيجة لعوامل عضوية.

أيضاً يصعب تحديد السلوك الشاذ من مجتمع إلى آخر، فإذا وضعنا في اعتبارنا أن السلوك السوي هو ذلك السلوك الذي يقتضي الرجوع إلى قواعد إيجابية كالرجوع إلى معيار الصحة النفسية. فإن السلوك الشاذ هو ذلك السلوك الذي لا يقتضي الرجوع إلى قواعد الإيجابية كالرجوع لمعيار الصحة النفسية.

السلوك المشكل: أوضح (عبد المجيد أحمد، زكريا الشربيني: 1998، 350) أن السلوك المشكل لدى الأطفال قد أخذ عدة مصطلحات تناولها العلماء والباحثون في مجال الطفولة فنجد على سبيل المثال من يطلق مصطلح الطفل المشكل، والطفل المضطرب، أو الاضطرابات السلوكية للأطفال، هذا وإن اختلفت هذه المصطلحات في اللفظ إلا أنها جميعاً تؤدي إلى معنى واحد هو أن الطفل قد أصبح مشكلاً Problem Child.

كما عرف Corsini (1999) السلوك المشكل على أنه السلوك الذي يمثل مشكلة للفرد نفسه، سواء إذ كانت المشكلة ظاهرة أم كامنة (مثل الحساسية الزائدة، الخجل، الجبن، الخوف) أو السلوك الذي يمثل مشكلة للآخرين (مثل العنف، العدوان، التبلد الاجتماعي، الجريمة). (Corsini: 1999, P. 101).

إن السلوك المشكل ينتشر بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في الانتباه خاصة السلوك العدواني، حيث يؤدي هذا السلوك لديهم إلى اضطراب علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين، وبالتالي فهم يعجزون عن التكيف مع البيئة المحيطة بهم.

ويصف آلان كازدين (2000) الاضطرابات السلوكية

تحدد العديد من السمات المميزة للأنماط السلوكية المختلفة ما إذا كانت مستويات إكلينيكية معينة من حدة السلوك متوفرة أم لا، ومن ثم يتحدد إذا كان هذا السلوك الظاهر يمتد إلى ما وراء السلوك المضاد للمجتمع كجزء من السلوك السوي أم غير ذلك. (آلان كازدين، ترجمة عادل عبد الله: 2000، 33-35).

مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية

عندما نعرف الاضطرابات السلوكية والانفعالية سنجد أن البعض يعرفها بأنها النمط الثابت والمتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني الذي تنتهك فيها حقوق الآخرين أو

قيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت أو المدرسة ووسط الرفاق وفي المجتمع، على أن يكون هذا السلوك أكثر من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات الأطفال والمراهقين.

- لقد استطاع جروبار أن يعرف الاضطرابات السلوكية والانفعالية: بأنها مجموعة من أشكال السلوك المنحرف والمتطرف بشكل ملحوظ وتتكرر باستمرار، وتخالف توقعات الملاحظ وتتمثل في الاندفاع والعدوان والاكتئاب والانسحاب.
- أما روس فقد عرف الاضطراب السلوكي Rose, 1992: بأنه اضطراب سيكولوجي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار، ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين والأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد.
- ويرى هاليهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1979) أن صعوبة الاتفاق على تعريف واضح ومحدد للاضطرابات السلوكية والانفعالية يرجع إلى عدد من الأسباب والعوامل يمكن إجمالها على النحو التالي:

1. الافتقار إلى وجود تعريف واضح ومحدد لمفهوم الصحة العقلية.
2. الاختلاف في وجهات النظر بين الاتجاهات والنماذج النظرية والمفاهيمية ذات الاهتمام بالاضطرابات الانفعالية.
3. صعوبة قياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
4. التباين بين الأنماط السلوكية والانفعالية لدى كل من الأطفال العاديين والأطفال المضطربين.
5. التداخل بين أعراض الاضطرابات الانفعالية وحالات الإعاقة الأخرى.
6. الاختلاف بين أركان التنشئة الاجتماعية من حيث وظائفها ونوعية الخدمات التي تقدمها، والأسس التي تتبعها في تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
7. الاختلاف في التوقعات الاجتماعية والثقافية حول السلوك السوي وغير السوي.

وعرفه جمعة سيد يوسف (2000) بأن ربط بين اضطراب السلوك أو الاضطرابات السلوكية بصفة عامة واضطرابات المسالك Conduct disorder بصفة خاصة.

وتعرف اضطرابات التصرف بأنها أنماط من العناد المفرط لدى الصغار يشمل السرقة، والتخريب المتعمد، والكذب، والتعاطي المبكر للمخدرات، وقد يكون جزءاً من مقدمات الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial Personality ويحدد الملمح الأساسي لاضطراب السلوكيات أو التصرفات بأنه نمط متكرر أو مستمر من السلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين والمعايير الاجتماعية الأساسية المناسبة لعمر الطفل وتنتظم هذه الأشكال السلوكية في:

- التصرفات العدوانية التي تسبب تهديداً بحدوث ضرر جسمي لأشخاص آخرين.
- التصرفات غير العدوانية التي تسبب تخريباً لممتلكات الآخرين والنصب أو السرقة والانتهاكات الخطيرة للقوانين أو المبادئ(اضطرابات سلوكية خلقية). (جمعة سيد يوسف:30,2000، 31-)

تعريف نيوكمر (Newcomer, 1992): الاضطراب هو الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل على وجود الاضطراب النفسي عندما يتصرف الفرد تصرفاً يؤذي فيه نفسه أو الآخرين في هذه الحالة نقول إن هذا الفرد في حالة من الاضطراب النفسي.

تعريف الخطيب 1997: الأطفال المضطربون سلوكياً هم الأطفال الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية: عدم مقدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها في ضوء الخصائص العقلية أو الحسية أو الصحية، عدم القدرة على بناء علاقات مرضية مع الزملاء والمعلمين، ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في ظل ظروف عادية، شعور عام بالاكتئاب وعدم السعادة، نزعة نحو معاناة أعراض جسمية وآلام ومخاوف فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية والمدرسية.

تعريف الشربيني 2001: اضطرابات السلوك (Behavior Disorder) أو الاضطرابات الانفعالية (Emotional Disturbances) أو الإعاقة الانفعالية (Emotional Impairment) كلها مصطلحات تصف مجموعة من الأشخاص الذين يظهرون، وبشكل متكرر، أنماطاً منحرفة أو شاذة من السلوكيات عما هو مألوف أو منقطع.

تعريف وودي (Woody, 2003): هم الأطفال غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول، وبناء عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف، ولديهم مشكلات تتعلق

بالصراعات النفسية وكذلك التعلم الاجتماعي، ووفقاً لذلك فإن لديهم صعوبات في: تقبل أنفسهم كأشخاص جديرين بالاحترام، والتفاعل مع الأقران بأنماط سلوكية منتجة ومقبولة، والتفاعل مع أشكال السلطة كالمعلمين والمربين والوالدين بأنماط سلوكية شخصية مقبولة.

عرفها أسامة فاروق (2009): إن الاضطرابات السلوكية هي(عادات سلوكية سيئة وغير متوافقة ومتعارضة مع المعايير الاجتماعية السليمة وهي تسبب الضرر للفرد أو لمن حوله مما يجعله يحتاج لخدمات إرشادية وعلاجية خاصة حتى يصبح أكثر تكيفا وتوافقا مع المجتمع ومع من حوله).

نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية

تشير الإحصائيات إلى أن تلك التقديرات تتراوح ما بين 1-15٪ إلا أن النسبة المعتمدة في معظم الدول هي 2٪ وفيما يتعلق بنسبة توزيع الاضطرابات السلوكية حسب متغير الشدة فالغالبية العظمى من الحالات هي من النوع البسيط أو المتوسط في حين أن حالات قليلة جداً هي من الشديد أو الشديد جداً. أما من حيث متغير الجنس والعمر، فالدراسات تشير إلى أن الاضطرابات الانفعالية أكثر شيوعاً لدى الذكور حيث إنها أكثر بضعفين إلى خمسة أضعاف منها لدى الإناث وفيما يتعلق بعامل الزمن فالاضطرابات الانفعالية قليلة الحدوث نسبياً في مرحلة الابتدائية وترتفع بشكل ملحوظ في مرحلة المراهقة وتعود فتنخفض بعد ذلك. (أسامة فاروق: 2002، 96).

محكات تحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية

نجد أن معظم التعريفات التي تناولت الاضطرابات السلوكية والانفعالية ركزت على بعدين هما التفاعل الاجتماعي والتعلم. ففي هذا الصدد، نجد أن وودي (Woody, 1969) قد عرف الاضطرابات السلوكية والانفعالية على أنها عدم القدرة على التكيف مع معايير السلوك الاجتماعي المقبول والذي ينعكس سلباً على قدرة الفرد على تكوين العلاقات الاجتماعية والاستمرار فيها، وعلى قدرة الفرد على النجاح في المهارات الأكاديمية.

أما بور (Bower, 1978): فيعتبر الفرد مضطرباً انفعالياً وسلوكياً عندما يتصف بواحدة أو أكثر من الصفات التالية، والتي تستمر لديه فترة طويلة تتجاوز الثلاثة أشهر بحيث تؤثر سلبياً في قدرات التحصيل لديه وهي (Kneedler & Hallahan & Kauffman, 1984):

أولاً: عدم القدرة على الاستغراق في العلاقات الاجتماعية وتكوين الصداقات مع الأقران والآخرين والاستمرار في مثل هذه العلاقات.

ثانياً: التصرف غير اللائق في المواقف الحياتية والاجتماعية والانشغال في ممارسة أنماط سلوكية غير ناضجة ومؤذية لا تتناسب والمرحلة النمائية.

ثالثاً: عدم القدرة على التعلم والاكتساب بالرغم من عدم وجود عوائق جسمية أو حسية أو عقلية تحول دون ذلك.

رابعاً: تقلب المزاج والشعور بعدم الاستقرار والراحة والسعادة.

خامساً: الميل إلى إظهار بعض المشكلات الجسمية مثل اضطرابات الكلام والشكوى من الآلام ومشكلات انفعالية مثل الخوف والقلق بالإضافة إلى المشكلات الأكاديمية.

وفيما يلي عدد من المحكات التي لابد من مراعاتها للحكم على الاضطرابات السلوكية وهي:

1. شدة وتكرار السلوك

من المحددات المهمة التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند الحكم على سلوك ما بأنه مضطرب درجة شدة وتكرار هذا السلوك، فسلوك الطفل يعتبر منحرفاً عن المعايير المقبولة إذا بلغ حد التطرف أو الإفراط، فخروج الطفل من مقعده في الفصل باستمرار يعتبر سلوكاً متطرفاً، واستمرار تلفظ الطفل بكلمات نابية يعتبر سلوكاً متطرفاً، كما أن التمادي في الانطواء والانعزال أيضاً يعتبر سلوكاً متطرفاً، وأكدت معظم تعريفات الاضطرابات السلوكية ضرورة استمرار السلوك المضطرب لفترة زمنية أطول.

2. انحراف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعياً وثقافياً

إن الطفل الذي ينشأ أو يتربى في مجتمع معين أو ثقافة معينة يشب وهو متمثل لقيم هذا المجتمع وتقاليده وأنماط السلوك السائدة فيه، غير أن بعض الأطفال والمراهقين قد لا يفعلون ذلك. ومن هنا كان يعرف أن الشخص السوي هو المتوافق مع معايير المجتمع، أما الشخص المضطرب سلوكياً هو الذي لا يتوافق مع معايير المجتمع.

وقد أدت الدراسات التي قام بها علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا إلى سيادة نظرية تعرف باسم النظرية الثقافية تقوم على ما يأتي:

أ. إن بعض أنواع السلوك قد تعتبر شاذة في مجتمع أو ثقافة معينة، إلا أنها تعتبر عادية في ثقافة أخرى والعكس صحيح.

ب. إن هناك أنواعاً من الشذوذ أو الاضطرابات قد توجد في ثقافة معينة بينما تنعدم في ثقافة أخرى، ومع ذلك فهناك أنواع من الشذوذ أو الاضطرابات التي تعد كذلك في كل الثقافات مهما تباينت.

3. **علاقة الاضطراب بعدد من المتغيرات الديموجرافية**

لا يعد السلوك مضطرباً إلا في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لنرى مدى ملاءمته لها. ومن هذه المتغيرات العمر، والنوع، والموقف، ومستوى التعليم.

4. **علاقة الاضطراب بالفروقات الفردية**

يعني اختلاف طفل عن طفل آخر في بعض الصفات والخصائص، أحد المحكات التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند النظر إلى الاضطرابات السلوكية. (جمعة سيد يوسف: 2000، 28: 35).

تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية

Behavioral & Emotional Disorders Classification

إن الهدف من عملية تصنيف الاضطرابات السلوكية و الانفعالية هو المساعدة في تنظيم المعلومات التي من شأنها أن تساهم في وصف الظاهرة وتحديد أبعادها مما يؤدي إلى إمكانية تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية المناسبة للطفل الذي يعاني من الاضطرابات السلوكية والانفعالية؛

وانطلاقاً من ذلك، تواجه عملية الاضطرابات السلوكية والانفعالية العديد من الصعوبات التي يجب أخذها في الاعتبار (Hallahan & Kauffman, 1979) وتتمثل في:

1. افتقار الأنظمة المتبعة في التصنيف لعوامل الصدق والثبات.
2. الاعتبارات القانونية والأخلاقية عند تناول هذه الاضطرابات.
3. اختلاف أنظمة التصنيف المتبعة في تصنيف الاضطرابات لدى الأطفال عنها لدى المراهقين.
4. أسباب المنشأ المرضي لهذه الاضطرابات.

وسوف نعرض عدداً من التصنيفات للاضطرابات السلوكية والانفعالية منها على سبيل المثال ما يلي:

تصنيف جمعية علم النفس الأمريكية U.S. Association of Psychology

لقد ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders- forth Edition- DSM-IV تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين اعتماداً على طبيعة الأعراض المرتبطة بها ونوعية الخدمات والبرامج العلاجية المناسبة لكل منها. ويشتمل هذا التصنيف على شريحة واسعة من الاضطرابات السلوكية والانفعالية (Pacer Center, 2001).

أولاً: اضطرابات التكيف: Adjustment Disorders: تشكل هذه الاضطرابات ما نسبته (5٪ - 20٪) من مجموع الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال، وتتمثل في أشكال من السلوك مثل عدم الاستجابة على نحو مناسب للمواقف والأحداث الضاغطة أو التغيرات التي يصادفها الأفراد أثناء حياتهم.

وتتميز هذه الاضطرابات بأنها تلازم الأطفال لمدة تتراوح ما بين (3) إلى (6) أشهر بحيث تعيقهم عن عملية التكيف الاجتماعي وتحقيق النجاح الأكاديمي وهي تشمل شريحة واسعة من الأعراض كالخوف والقلق والتهرب من المدرسة والتخريب المتعمد والمشاجرة.

ثانياً: اضطرابات القلق: Anxiety Disorders: وهي مجموعة من الأعراض التي تمتاز بمستوى عال من التوتر وتشمل الخوف المرضي من المدرسة والسلوك التجنبي والذعر الشديد واضطراب ما بعد التعرض إلى حادث معين وفي الغالب تكون مثل هذه الاضطرابات مصحوبة بأعراض جسمية مثل الصداع وآلام المعدة أو أنها تبدو في أشكال سلوكية مثل سوء التصرف والرفض والعناد أو تظهر على شكل استجابات انفعالية غير ناضجة كالصراخ والبكاء والرفس.

ثالثاً: اضطرابات السلوك القهري- الاستحواذي: Obsessive- Compulsive Disorders: يعاني حوالي (2٪ - 3٪) من الأطفال من أشكال السلوك القهري والاستحواذي والتي تسبب لهم الضيق والتوتر وتعيقهم من الأداء الاجتماعي والأكاديمي وتتمثل أنماط السلوك الاستحواذي في سيطرة أفكار وأوهام وتخيلات ودوافع غير واقعية على تفكير الطفل وعلى نحو متكرر. أما أنماط السلوك القهري فتتمثل في تكرار

أفعال وأنشطة أو ترديد أفكار مثل تكرار كلمات معينة بصوت منخفض أو غسل اليدين المتكرر أو المبالغة في التحقق كفحص الأشياء وتكرار عمليات العد وغيرها وذلك بقصد تقليل التوتر أو القلق الذي يعاني منه الفرد وفي الواقع فإن الأطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات يعرفون تماماً أن سلوكياتهم غير عادية وهي ليست ضرورية ولكنهم يصرون على أدائها من أجل الاستمرار في الروتين الذي تعودوا عليه ولا يستطيعون التخلص منه.

رابعاً: اضطرابات ما بعد التعرض لحادث وصدمة: Post- Traumatic Stress Disorders: يطور الأطفال عادة بعض أنماط السلوك غير العادي نتيجة لتعرضهم لصدمة معينة أو مرورهم في عملية جراحية أو بسبب تعرضهم لأحداث وأزمات خطيرة أو نتيجة لمشاهدتهم حادثة موت لقريب لهم. ومثل هذه الأعراض عادة تحدث بعد مرور شهر واحد من تعرضهم للخبرات المؤلمة أو المقلقة وتتبدى في الخوف الشديد والعجز وصعوبة النوم والأحلام والكوابيس المزعجة بحيث تسيطر على أنشطتهم الحياتية اليومية وتعيقهم من السيطرة على المهارات المتعلمة حديثاً مثل العناية بالذات واستخدام الحمام أو السيطرة على المهارات اللغوية.

خامساً: الصمت (الخرس) الاختياري؛Elective or Selective Mutism: يتمثل هذا الاضطراب في حالة فشل الفرد في التحدث في مواقف اجتماعية أو أكاديمية محددة عندما يتوقع أو يفترض منه الحديث. وتشير نتائج الأبحاث إلى أن هذا الاضطراب قد يبدأ عند الطفل قبل سن الخامسة من العمر ولا يكتشف إلا بعد دخوله المدرسة ومثل هذا الاضطراب هو من الاضطرابات نادرة الحدوث وقد يستمر لعدة أشهر لدى الفرد ثم يتلاشى على الرغم من أن القليل من الأفراد يبقون صامتين ولا يتكلمون طوال فترة دراستهم الأكاديمية.

سادساً: اضطرابات عجز الانتباه/ النشاط الزائد Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder(ADHD): تشير بعض الدراسات إلى أن هذا الاضطراب يسود لدى (3%- 5%) من الأطفال في حين تشير دراسات أخرى إلى أن نسبة تواجده تتراوح ما بين (5%- 10%) ويظهر في عدة أعراض وأنماط سلوكية غير ناضجة لا تتناسب مع مستوى التطور النمائي للطفل مثل عدم القدرة على التركيز والانتباه وكثرة التنقل والحركة والاندفاعية ويرى بعض الأطباء أنه بالإمكان التعرف على هذا الاضطراب

حيثما يتم التأكد من أن مثل هذه الاضطرابات تعيق فعلاً الأداء السلوكي والأكاديمي حتى يتم تصنيف الطفل على أنه فعلاً يعاني من هذا الاضطراب.

سابعاً: الاضطرابات السلوكية Behavioral Disorders: تشكل هذه الاضطرابات ما نسبته (2٪- 6٪) من مجموع الاضطرابات الانفعالية والسلوكية السائدة لدى الأطفال والتي تستمر لمدة ستة أشهر أو أكثر. وتتمثل في أنماط سلوكية غير مقبولة اجتماعياً مثل السلبية والتحدي والعناد وعدم الطاعة ومعاداة رموز السلطة وبالرغم من ممارسة الأطفال لهذه الأنماط السلوكية إلا أنهم لا يظهرون سلوكيات عدوانية تجاه الآخرين أو الحيوانات أو نحو الممتلكات وذلك لأنهم ينزعون نحو المجادلة ورفض الأوامر والتعليمات والإزعاج المتعمد للآخرين وتوجيه اللوم لهم.

ثامناً: اضطرابات سوء التصرف Conduct Disorders: تتراوح نسبة هذه الاضطرابات بين (6٪- 16٪) عند الذكور وبين (2٪- 9٪) عند الإناث وتمتاز هذه الاضطرابات في الإصرار المتكرر والمتعمد لممارسة أنماط سلوكية تعارض القواعد والمعايير الاجتماعية للسلوك المقبول بحيث تأخذ شكل معارضة الوالدين والهروب من البيت والهروب من المدرسة والاعتداء اللفظي والجسدي على الآخرين وكذلك تخريب الممتلكات وإلحاق الأذى بالحيوانات هذا وقد تتطور لاحقاً لتأخذ شكل الانحراف الجنسي والإدمان على الخمر والمخدرات والتدخين والإهمال والتهور والمغامرة.

تاسعاً: اضطرابات الشهية Anorexia Nervosa Disorder : تظهر مثل هذه الاضطرابات نتيجة الصورة السلبية والمشوهة التي يشكلها الأفراد حول أجسامهم وذواتهم. وهي في الغالب أكثر انتشاراً لدى المراهقين ولاسيما لدى الإناث حيث ينظرن إلى أجسادهن على أنها بدينة وغير جذابة مما يولد لديهن الشعور بضرورة إنقاص وزن الجسم وتجنب تناول الطعام أو نوع معين منه. وتمتاز أعراض هذا الاضطراب بالنقص الحاد في وزن الجسم وجفاف الجلد وفقدان الشعر وانخفاض ضغط الدم والاكتئاب والإمساك والانشغال في أنماط سلوكية غريبة مثل مضغ الطعام أو الإمساك عن تناوله.

عاشراً: اضطرابات الشره للمرضى Bulimia Nervosa Disorders: إن أهم ما يميز هذا الاضطراب هو انهماك الفرد في تناول كميات كبيرة ومتنوعة من الطعام ثم اللجوء إلى إحدى الوسائل للتقليل من آثار هذا الطعام مثل اللجوء إلى التخلص منه من خلال عملية القيء المتعمد أو استخدام المسهلات أو الصوم أو اتباع نظام حمية

صارمة لتقليل أثر الإفراط في تناول الطعام في زيادة الوزن. إن مثل هذه الاضطرابات تنتج عنها آثار سلبية مثل اضطراب الدورة الشهرية لدى الإناث والتعب وضعف العضلات والمعاناة من مشكلات الهضم وعدم القدرة على التكيف مع الطقس البارد.

حادي عشر: الاضطرابات ثنائية القطب- اضطرابات الهوس الاكتئابي:- Bipolar Disorder: Manic Depressive Disorder: وهي عبارة عن ردات فعل انفعالية واكتئابية تتذبذب في مستوى شدتها من موقف إلى آخر. حيث تكون منخفضة في بعض المواقف وفي مواقف أخرى تكون شديدة وحادة وغالباً ما تسود مثل هذه النوبات الانفعالية في مرحلة المراهقة وما بعدها.

ثاني عشر: اضطرابات الاكتئاب Major Depressive Disorders: وهي عبارة عن نوبات انفعالية تظهر لدى الأطفال على فترات يفصل بينها شهران وتتمثل في سرعة الإثارة والتهيج والغضب وعدم القدرة على الاستمرار في الاتصال مع الآخرين. وعموماً فإن المظاهر الاكتئابية التي تظهر لدى الأطفال تكون أقل حدة واستمراراً من تلك التي يخبرها الأفراد البالغون.

ثالث عشر: اضطرابات التوحد Autistic Disorder : وهي من الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال وتنطوي على خلل وتعطيل في قدرة الطفل على التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين فالتوحد هو بمثابة إعاقة نمائية تتبدى في فشل الطفل في تكوين العلاقات مع أقرانه من نفس العمر أو حتى توليد الميل أو الرغبة لديه في تشكيل أو الانشغال في علاقات الصداقة ومثل هذا الاضطراب لا يرتبط بأنماط السلوك اللفظي وإنما يتعدى ذلك ليشمل أنماط السلوك غير اللفظي.

رابع عشر: الاضطرابات الشيزوفرينية Schizophrenia Disorders: وهي اضطرابات انفعالية شديدة تمتاز بمجموعة من التقلبات الشخصية وفقدان القدرة على الاتصال بالواقع والبيئة المحيطة، بحيث تتبدى أعراضها في الهلوسات والأوهام والحديث غير المنتظم والسلوك التخشبي ومثل هذه الاضطرابات قد تظهر لدى (0.5- 1٪) من الأطفال.

خامس عشر: الاضطرابات التورتية: Tourtte's Disorders: وتوجد مثل هذه الاضطرابات لدى (4 أو 5) أفراد من بين كل (10,000) فرد وتشتمل على عدد من

التقلصات الحركية اللاإرادية أو على استجابة أو عدد من الاستجابات الصوتية غير الإرادية والتي تتكرر يومياً عبر فترات وتستمر لمدة عام أو أكثر. (ApA,1994).

التصنيف الطبي Medical Classification

اعتمدت معظم التصنيفات القديمة للاضطرابات السلوكية على الأسلوب الطبي حيث صنفت الاضطرابات السلوكية إلى ثلاث فئات:

1. التصنيف على أساس الأمراض: ويتضمن هذا التصنيف لجميع الاضطرابات السلوكية طبقاً لأسبابها المرضية الشائعة والمعروفة.
2. التصنيف على أساس الاستجابة للعلاج.
3. التصنيف على أساس الأعراض.

التصنيف التربوي Educational Classification

يعني هذا التصنيف بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تحدث في البيئة المدرسية وتنعكس آثارها على عمليات التعلم والتفاعل الاجتماعي فهو لا يهتم بالمسائل الأكاديمية وبنوعية الخدمات والبرامج التربوية التي على أساسها يتم تصنيف مثل هذه الاضطرابات، حيث يصنفها في أربعة فئات هي:

1. الاضطرابات السلوكية.
2. الاضطرابات المتعلقة بالتعلم.
3. الاضطرابات الانفعالية الشديدة.
4. اضطرابات الاتصال والتواصل.

تصنيفات اخرى

أ. تصنيف كوي (1975)

وبالرغم من أن نظام كوي يتصف بالثبات وسعة الانتشار إلا أنه يعاب عليه أنه لا يقدم معلومات علاجية مما يحد من فائدته، هذا وقد وجد كوي أربع فئات أساسية للاضطرابات السلوكية وهي:

1. اضطرابات التصرف.
2. اضطرابات الشخصية.

3. عدم النضج.
4. الجنوح الاجتماعي.

ب. وقد قام كل من ابتروكونولي (1984)

بتجميع المظاهر السلوكية التي يشتمل عليها تصنيف كوي في فئاته الأربعة وذلك على النحو التالي:

1. ضطرابات التصرف:
- عدم التعاون/ عدم الارتباط.
- المشاجرة/ الضرب.
- نوبات من المزاج الحاد.
- التحدي/ عدم الطاعة.
- تخريب الممتلكات.
- السلبية/ الأنانية.
- عدم الثقة بالنفس/ عدم تحمل المسئولية.
- المجادلة.
2. اضطرابات الشخصية:
- القلق/ الخوف/ التوتر.
- الانسحاب/ الانعزال/ الجبن.
- الاكتئاب/ شدة الحساسية.
- شعور بالدونية.
3. عدم النضج:
- قصر مدة الانتباه.
- عدم التناسق.
- أحلام اليقظة.
- ضعف التركيز.

- الكسل/ النعاس.
- الفوضى.
- الاستسلام/ سهولة الانقياد.
- عدم الاهتمام.

4. الخنوع الاجتماعي:

- الولاء لجماعة سيئة.
- السرقة مع الآخرين.
- العضوية في عصابة.
- التهرب من أداء الواجبات.
- الهروب من المدرسة.
- البقاء خارج البيت إلى وقت متأخر.

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

Causes of Behavioral & Emotional Disorders

بالرغم من أن البعض يرجع أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى مجموعة من الأسباب البيولوجية والبيئية والنفسية والأسرية لدرجة أننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للاضطرابات السلوكية والانفعالية، إلا أننا مع ذلك نحدد أربعة مجالات يمكن أن تساهم في حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهي:

1. العوامل البيولوجية Biological Factors

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعصبية، وكذلك البيوكيميائية أو بتلك العوامل مجتمعة. فإن العوامل الوراثية تحدد الاستعدادات لدى الفرد للإصابة ببعض الأمراض النفسية أو الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ومثل هذه الاستعدادات تبقى كامنة، وعندما يتعرض الفرد لمواقف تتمثل في الأزمات الاجتماعية والعاطفية، والصدمات والخبرات المؤلمة والقسوة والتهديد والحرمان؛ فتعمل هذه الأسباب على تنشيط الاستعداد لديه.

وتوضح الدلائل أن للاكتئاب والقلق وبعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية استعدادات جينية موروثة، في حين أن بعضها الآخر لها أصول عصبية. (Davis & Palladino, 2004).

2. العوامل النفسية Psychological Factors

تتمثل هذه العوامل في الأحداث الحياتية التي تؤثر على سلوك الطفل، وهذه الأحداث ترتبط بحياة الطفل في الأسرة، مثل عدم إشباع حاجاته وتقديم الحب والحنان له واستعمال أساليب الإهمال والتجاهل والتهديد والعقاب والقسوة في تدريبه ورعايته وغيرها من أساليب الرعاية السلبية، قد تتسبب في الاضطرابات السلوكية والانفعالية لديه مثل العدوانية، فقدان الثقة بالنفس، وتدني مستوى مفهوم الذات، واضطرابات النطق والكلام، والقلق، والانطوائية (Erickson, 1998).

ومن خلال أساليب الرعاية التي يقدمها الأب ويتبعها مع أطفاله وفي علاقته مع زوجته، فضرب الأولاد وعقابهم وعدم مراقبتهم، بالإضافة للخلافات والشجار مع الزوجة والأبناء تساهم إلى درجة كبيرة في تطور الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال. (Smith & Luckasson, 1992).

3. العوامل الأسرية Socialization

إن الأسرة لها تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل، ولذلك فإن التنشئة الاجتماعية غير الصحية قد تسبب اضطرابات عند بعض الأطفال.

تمثل الأسرة الوسط الاجتماعي الأول الذي ينشأ فيه الطفل ويتفاعل معه، ويعتمد إلى درجة كبيرة عليها في تلبية احتياجاته وتنمية قدراته ومعارفه ومهاراته؛ فعلاقة الطفل بأمه هي أول العلاقات التي يشكلها وهي من أكثرها أهمية في نموه وتطور شخصيته. وإن اتجاهات الأم نحو طفلها ونوعية الخدمات التي تقدمها لها تأثير في نموه السليم وفي تطور خصائصه وأنماطه السلوكية. فالحماية الزائدة والخوف الشديد على الطفل قد يساعد في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية. (أسامة فاروق،2009، 91 -92)

4. العوامل المدرسية School Factors

إن الخبرات التي يتعرض لها الطفل في المدرسة لها دور بارز في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فجماعة الأقران، والصحبة السيئة والاحتفاظ بعلاقات مضطربة مع الآخرين من الأطفال، بالإضافة إلى تذبذب أساليب المعاملة من قبل المعلمين، فقد يساهم المعلمون في بعض الأحيان في حدوث السلوكيات المضطربة أو يزيدون من حدتها عند بعض الطلبة. فعندما لا يراعي المعلم الفروقات الفردية بين الطلاب فإن ذلك يؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية محبطة نحوه أو نحو البيئة الصفية والمدرسية، وقد يلجأ بعض الطلاب

للقيام بالسلوكيات المضطربة لتغطية مشاكل أخرى مثل صعوبات التعلم كما توجد عوامل مدرسية أخرى تساهم في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى التلاميذ منها: استخدام الشدة مع التلاميذ، الرتابة والروتين اليومي الممل، عدم المرونة في التدريس، التعزيز الخاطئ لبعض السلوكيات، النموذج أو القدوة السيئة سواء من قبل الزملاء أو المعلمين أنفسهم.

خصائص المضطربين سلوكياً وانفعالياً

Characteristics of Behavior & Emotional Disturbed

1. الخصائص الانفعالية والاجتماعية Social & Emotional Disturbed

ومن أكثر الصفات شيوعاً من الناحية الاجتماعية والانفعالية العدوانية، والانسحاب وعدم النضج الانفعالي.

أ. **العدوانية:** يعتبر العدوان أياً كان شكله أو نوعه من أهم الخصائص الاجتماعية المميزة للأفراد المضطربين سلوكياً وانفعالياً.

ب. **السلوك الانسحابي:** يعتبر مظهراً آخر من المظاهر المميزة للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، ويعبر عن فشل الفرد في التكيف مع البيئة الاجتماعية المحيطة به.

ج. **عدم النضج الانفعالي:** فما يصدر عن الأفراد المضطربين من مواقف انفعالية لا تتناسب مع طبيعة الموقف الانفعالي مقارنة بأقرانهم في نفس العمر الزمني، مثل المبالغة في الضحك أو اللامبالاة في المواقف المحزنة.

2. الخصائص العقلية والأكاديمية Academic and Mental Disturbed

أ. **الذكاء Intelligence:** أظهرت نتائج الدراسات أن متوسط ذكاء الطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً بدرجة بسيطة ومتوسطة هي في حدود (95 درجة) أي في الحدود المتوسطة والطبيعية، وعدد قليل من المضطربين سلوكياً وانفعالياً أعلى من المتوسط، ونسبة كبيرة منهم تعد ضمن فئة (بطيئي التعلم) أو فئة التخلف العقلي البسيط.

ب. **التحصيل Achievement:** إن الأطفال المضطربين سلوكياً يعانون من مشكلات تعليمية مختلفة وتدني التحصيل الأكاديمي Poor Academic Achievement فهم يحصلون على درجات أقل مما هو متوقع من عمرهم العقلي، وقليل جداً منهم يحصلون على درجات عالية في التحصيل.

3. **خصائص خاصة بالأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً**

أ. **العجز في مهارات الحياة اليومية**: يفشل هؤلاء في القيام بأبسط مهارات العناية بالذات، فمنهم من يكون غير قادر على ارتداء ملابسه أو إطعام نفسه.

ب. **تدني احترام الذات**: فهم ينظرون إلى ذواتهم نظرة سلبية وأنها غير ذات قيمة مما ينعكس في مستوى احترامهم لأنفسهم.(عماد عبد الرحيم الزغول: 36,2006)

ج. **اضطراب الإدراك**: يصعب إخضاع معظم الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بشكل شديد للاختبار، والذين نستطيع تطبيق اختبارات ذكاء وتحصيل عليهم، يحصلون على درجة منخفضة جداً.

د. **غير متعاطف وجدانياً**: نجدهم غير مرتبطين بالآخرين، فلا توجد هناك عاطفة أو دفء متبادل.

ه. **اضطراب اللغة والكلام**: معظم الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة لا يتكلمون أبداً أو يظهرون عدم فهم اللغة، أو تشويه الكلام إما بالإضافة أو الحذف أو الإبدال، أو الحبسة الكلامية أو ترديد الكلام وما إلى ذلك...

و. **السلوك النمطي**: من الشائع لدى الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً السلوك النمطي أو المتكرر بدرجة شديدة مثل ضرب يدي الطفل على رأسه أو ضرب اليدين في بعضهما أو ضرب يديه بأي شيء أمامه.

ز. **إيذاء الذات**: نجد أن الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً غالباً ما يميلون إلى إيذاء أنفسهم حيث إنهم لا يشعرون بهذا الألم غالباً. (أسامة فاروق،2009، 91 -92).

الفصل الثاني

أساليب القياس والتقييم للاضطرابات السلوكية والانفعالية

أولا: الفحص الطبي

ثانيا: الملاحظة

ثالثا: المقابلة

رابعا: دراسة الحالة

خامسا: قوائم التقدير

سادسا: المقاييس والاختبارات

الفصل الثاني

أساليب القياس والتقييم للاضطرابات السلوكية والانفعالية

للتعرف على الأشخاص الذين يظهرون اضطرابات سلوكية وانفعالية يجب:

- إجراءات الكشف والتعرف

من أجل تحديد عدد الأطفال الذين هم بحاجة إلى خدمات إضافية أو متخصصة فإنه يجب مسح مجموعة كبيرة من الأشخاص، وفي حالة الأطفال في سن المدرسة فإن المعلم هو المعني بعملية الكشف.

- ما هو المقصود بالكشف

يشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع وصادق للنشاطات التي تطبق بتنظيم لمجموعة من الأطفال بهدف التعرف على الأطفال الذين يعانون من صعوبات من أجل إحالتهم إلى عملية الفحص والتقييم ويساعد الكشف والتدخل المبكر في الحد من انتشار اضطرابات السلوك ويتم التعرف على الطلاب ذوي المشكلات السلوكية والانفعالية في برامج ما قبل المدرسة وبرامج المدرسة من خلال تقييم النواحي الجسمية والمعرفية والإدراكية والسلوكية والانفعالية، وحتى تتم عملية الكشف بفاعلية يجب أن يتعاون الآباء والمعلمون في ملاحظة سلوكيات الطفل في كل من المدرسة والبيت (تيسير كوافحة وآخرون، 2005، 149: 150) هذا ويرى أصحاب الاتجاه السلوكي والعديد من علماء النفس والتربية ضرورة مراعاة عدد من المعايير عند تشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد وذلك من أجل التعرف والكشف السليم عن المشكلات والتقييم الدقيق لها وتتمثل هذه المعايير فيما يلي:

1. الظروف والمواقف التي تظهر فيها الأعراض السلوكية الغريبة والشاذة ويتمثل ذلك في التعرف على الظروف التي تسبقها وتلك التي ترافقها وما يترتب عليها من نتائج.
2. مدى تكرار الأعراض السلوكية الغريبة: ويتمثل ذلك في عدد تكرار مثل تلك الأعراض ضمن فترة زمنية محددة.

3. مدى استمرارية الأعراض السلوكية الغريبة ويتمثل ذلك في طول الفترة الزمنية التي يستمر فيها الفرد منشغلا في مثل تلك الأعراض.
4. مدى شدة الأعراض السلوكية الغريبة ويتمثل ذلك في كثافة الأعراض السلوكية من حيث قوتها وضعفها.
5. طبيعة الأعراض السلوكية الغريبة ويتمثل ذلك في الشكل الذي تأخذه مثل هذه الأعراض (يوسف أبو حميدان، 2003).

- إن عملية التقييم تتم عبر مراحل منفصلة تشتمل على الكشف والمعلمين والمتخصصين حول المشكلة أو الاضطراب، وفيها كذلك يتم تطبيق العديد من الاختبارات النفسية والعقلية أما في مرحلة التعرف فتتم في ضوء المعلومات التي تحصل عليها في المرحلة السابقة مع التأكيد على أن الطفل يعاني فعلاً من اضطراب سلوكي أو انفعالي معين عندما يتم اللجوء إلى المرحلة الثالثة وهي مرحلة التشخيص، حيث فيها يتم جمع المعلومات المتنوعة عن الطفل وظروف حياته بهدف التعرف على أسباب المشكلة وتحديد برامج التدخل المناسبة لعلاجها.
- تتطلب عملية التقييم جهوداً متضافرة يشترك فيها كل من الآباء والمعلمين والأخصائيين النفسيين والتربويين والعاملين في مجال الخدمة الاجتماعية والإكلينيكيين بهدف الوصول إلى فهم أفضل وأدق حول طبيعة الاضطراب السلوكي أو الانفعالي الذي يعاني منه الطفل وإن اشتراك هؤلاء الأطراف في تقييم حالة الطفل يوفر بلا شك معلومات كثيرة وإدراكات مختلفة مما يعطي عملية التقييم المصداقية ويسهل بالتالي تحديد العلاج المناسب.
- كون أن عملية التقييم تشترك بها أطراف مختلفة من ذوي العلاقة وذوي الاهتمامات المختلفة، فينبغي التنسيق بين هذه الأطراف حتى تخرج بتفسيرات دقيقة حول طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه الطفل، فمن الملاحظ أن أنظمة ومعايير التصنيف وكذلك الاهتمامات وأوجه التركيز تختلف بين المختصين في المجالات التربوية والقانونية والنفسية والاجتماعية وعند اشتراك هؤلاء معاً في عملية التشخيص فهم بلا شك يتوصلون إلى فهم أفضل للمشكلة الانفعالية ولأساليب علاجها الفعال (عماد الزغلول، 2006: 45) وفيما يلي عرض لبعض الأدوات المستخدمة:

أولاً: الفحص الطبي Medical checkup

قد يكون الفحص الطبي من الأساليب الأولى في تشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية ومن الأساليب الطبية المستخدمة.

1. **رسم المخ الكهربائي EEG**: ويتمثل بوضع أقطاب على فروة الرأس لتشمل الفصوص المخية الأربعة (الجبهي، الجداري، الصدغي، القذالي) لمعرفة فيما إذا كان هناك خلل في هذه الفصوص. حيث استخدم هذا الأسلوب للكشف عن فئات أخرى كالصرع وإصابة المخ، الصمم.
2. **رسم خريطة المخ Brain Mapping**: ويستخدم لتحديد الموجات السائدة في الفصوص الأربعة.
3. **جهاز الرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Imaging**: ويظهر هذا النوع من الفحص نشاط المخ والاختلافات فيه.

ثانياً: الملاحظة Observation

تعريف الملاحظة

هي ملاحظة الوضع الحالي للفرد موضع الدراسة في قطاع عدد من قطاعات سلوك، وتسجيل لمواقف من مواقف الحياة اليومية ومواقف التفاعل الاجتماعي: في اللعب، أو العمل، أو الراحة، أو الرحلات، أو الحفلات، وفي مواقف الإحباط والمسئولية الاجتماعية، والقيادة أو التبعية، وفي المناسبات الاجتماعية بحيث يتضمن ذلك عينات سلوكية لها مغزى في حياة الفرد.(حامد زهران: 1980، 73).

ويرى فان دالين(1969) ان الملاحظة العملية هي عملية غير مباشرة معقدة تتطلب تخطيطا واعيا وتتضمن الاختيار المتعمد لبعض الجوانب الهامة من الظواهر في موقف معين ووقت محدد وتمحيصها تمحيصا دقيقا وهو ما قد يستلزم استخدام أساليب وأدوات دقيقة، ثم تقديم النتائج في صورة تيسر للآخرين التحقق منها.

وتعد الملاحظة من الأساليب العلمية التي يتم فيها جمع البيانات والمعلومات عن السلوك الملاحظ سواء أكان مرغوباً فيه أو غير مرغوب فيه، وقد تكون الملاحظة مقصودة أو غير مقصودة، والملاحظة المقصودة هي الملاحظة التي يمكن توظيفها في عملية جمع البيانات والمعلومات ويشترط في الملاحظ (Observer) أن يكون موضوعياً غير متحيز في ملاحظته للسلوك، قادراً على تسجيل المعلومات وتبويبها وتصنيفها وتحليلها ومن ثم تفسيرها.

وما على الباحث سوى مراقبة الأطفال في مواقف معينة، وتدوين ما يقومون به من سلوك، وان هذه العملية ليست– كما تبدو عليه– من السهولة، فهناك عدة قرارات لابد من ان يأخذها الباحث بعين الاعتبار، وهي:

1. هل يتحدد على الباحث مراقبة سلوك الأطفال بالكامل؟ أم يراقب مظهرا او مظاهر معينة من هذا السلوك مغفلا مظاهر وجوانب أخرى، وأسهل منه بالطبع مراقبة جانب واحد بسيط من جوانب السلوك، مثل مراقبة عدد مرات التبسم عند الأطفال أو اشكال السلوك العدواني لديهم أثناء اللعب في ساحة المدرسة مثلا.
2. تحديد مكان المراقبة،فهل يجد الباحث مراقبة السلوك في موقفه الطبيعي؟ أم يفضل أن يكون في إطار موقف تجريبي محدد ومنظم سابقا؟مع أن هناك آراء كثيرة تنادي بضرورة العودة إلى دراسة السلوك في مواقفه الطبيعية التي تعطي العلماء فهما أفضل للتفاعلات الديناميكية (المتغيرة) المعقدة بين الأطفال في مواقف الحياة الفعلية. (شفيق علاونة، 1994).
3. إعداد بطاقة الملاحظة ليسجل عليها المعلومات التي يلاحظها، وتشمل بطاقة الملاحظة عادة أنماط السلوك المتوقع ملاحظته
4. أن يتأكد الباحث من صدق ملاحظاته، وذلك عن طريق اعادة الملاحظة أكثر من مرة وعلى فترات متباعدة، أو عن طريق مقارنة ما يلاحظه مع باحث آخر في المجال نفسه.
5. يتم تسجيل ما يلاحظه الباحث اثناء الملاحظة ويقوم باستخدام أدوات التسجيل كاستخدام الكاميرات أو الأشرطة والتسجيلات.(محمد ابراهيم، عبد الباقي أبو زيد،2007).

كما يشترط في السلوك الملاحظ، أن يحدث في ظروف طبيعية ومتكررة غير متكلفة وواقعية، وأن يتم تحديد الزمان والمكان الذي يظهر فيهما السلوك وعلى الملاحظ أن يسجل المعلومات والبيانات عن السلوك الملاحظ أو الاستجابة أو الاستجابات التي يقوم بها الفرد الملاحظ آخذاً بعين الاعتبار الظاهر الملاحظة التالية كما يذكرها بلاك مان. (Black man 1971).

- دقة الاستجابة Accuracy of Response.
- سرعة الاستجابة speed of Response.
- قوة الاستجابة Sternson of Response.

- مقاومة الاستجابة للانطفاء Resistance to Extinction.
- مقاومة الاستجابة للتداخل مع أخرى Resistance to Interference.
- مدى احتمال ظهور الاستجابة Probability of Response.
- الجهد اللازم لظهور الاستجابة Effort of Response.

ومن المناسب للملاحظ أن يجمع البيانات والمعلومات عن السلوك الملاحظ وفق نموذج أو استمارة الملاحظة، ويمكن للملاحظ أن يستخدم أدوات تساعده في جمع البيانات والمعلومات مثل العين المجردة أو أجهزة وأدوات التصوير أو غرف المراقبة ذات الاتجاه الواحد (One way Mirror).

وقد أثيرت بعض الاستفسارات حول استخدام أسلوب الملاحظة في جمع البيانات والمعلومات ولكن الدراسات التي يذكرها كازدين (Kazdin، 1980) تدلل على ما يلي:

- يحدث السلوك بطريقة طبيعية وتلقائية عندما لا يوجد ملاحظ، وفي مثل هذه الحالات يجب ألا يعلم الأفراد بأنهم موضوع ملاحظة.
- يحدث السلوك بطريقة أفضل عندما يوجد ملاحظ، وفي مثل هذه الحالات فإن وجود الملاحظ يعمل على تحسين الأداء.
- يوصف السلوك بطريقة موضوعية عندما تتم ملاحظته من قبل أكثر من ملاحظ وفي مثل هذه الحالات فإن وجود أكثر من ملاحظ يعمل على إظهار مدى الاتفاق بين الملاحظتين على السلوك الملاحظ، وبالتالي مدى الترابط بين كل منهما.
- يلاحظ السلوك بطريقة موضوعية عندما يتم الاتفاق بين الملاحظتين على تعريف السلوك المحدد الملاحظ.
- تعمل مناقشة السلوك الملاحظ من قبل الملاحظتين على تكوين صورة أفضل وأدق عن السلوك الملاحظ.

مزايا الملاحظة

1. يمكن عن طريقها الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها بطرق أخرى.
2. تعطينا تسجيلا واقعيا للسلوك كما يحدث.
3. تتيح الملاحظة دراسة السلوك في المواقف الطبيعية.

عيوب الملاحظة

1. إن كثيرا من الأفراد لا يحبون أن يكونوا موضع الملاحظة.
2. التحيز الشخصي وتدخل ذاتية الملاحظ بما يؤثر على موضوعية الملاحظة.
3. الخطأ في تسجيل الملاحظة وتفسيرها.
4. الغموض والإبهام: فقد يفسر القائم بالملاحظة سلوكا أو مصطلحا تفسيراً مختلفا عما يقوم به ملاحظ آخر.
5. تكون معلومات الملاحظة محددة عن المواقف الذي يلاحظه مما يؤثر على تقديرته،بالإضافة إلى نقص تدريب الباحث على اجراء الملاحظة (حامد زهران:1980، فؤاد ابو حطب،سيد عثمان:1976)

ثالثاً: المقابلة Interview

المقابلة هي إحدى الوسائل الهامة لجمع البيانات في البحث الاكلينيكي خاصة تلك البيانات أو المعلومات التي ترتبط في أغلب الأحيان بمشاعر وعقائد ودوافع الأفراد، أو تتعلق بالأحداث الماضية وتطلعات المستقبل.

أما في الارشاد والعلاج النفسي: فتعرف المقابلة بأنها: علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجها لوجه بين الأخصائي النفسي الاكلينيكي والعميل في جو نفسي آمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع معلومات من اجل حل مشكلة: أي أنها علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعي هادف، وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر واتجاهات ، ويتم خلالها التساؤل عن كل شيء، وهي نشاط مهني هادف، وليست محادثة عادية (حامد زهران:1980).

والمقابلة أسلوب علمي منظم لجمع البيانات والمعلومات عن السلوك الحالي أو المستهدف، وتجرى المقابلة بين طرفين الأول ويسمى المشرف على برنامج تعديل السلوك أو المعالج السلوكي أو المرشد النفسي اما الطرف الثاني يسمى المسترشد وهو الذي تجرى المقابلة من أجله وقد نلجأ للمقابلة حيث تفشل الطرائق الأخرى في جمع البيانات والمعلومات أو حين تضيف أو توضح المقابلة مظاهر السلوك الحالي أو المستهدف (فاروق الروسان: 2000 ، 285) تفود في المقابلة للأخصائي النفسي البيانات حول الطفل، ولا سيما أن الأخصائي يمكنه ملاحظة التغييرات التي تطرأ على أنماطه السلوكية أثناء المقابلة وتعابير

وجهه وردود الفعل الانفعالية والتغير في نبرات صوته في تفاعلاته مع الأسئلة، ومثل هذه الملاحظات بالإضافة إلى المعلومات اللفظية التي يصرح بها الطفل تساعد الأخصائي في فهم أعمق لمشكلة الطفل.

يراعى في الأخصائي النفسي الذي يجري المقابلة أن يخلق جواً إيجابياً ودياً، وأن يحرص على جعل الفرد في وضع نفسي جيد لكي يستطيع أن يتكلم بحرية وأمان ويمكن تسجيل أو تدوين المادة التي حصل عليها أثناء أو بعد انتهاء المقابلة.

هناك بعض التحفظات التي تتعلق بالمقابلة وهي:

1. يعتمد نجاح المقابلة على مدى تعاون الطفل مع الشخص الذي يقوم بالمقابلة إذ قد تشكل بعض سماته الشخصية عائقاً في نجاح هذه الأداة، وخاصة أولئك الذين يتصفون بالخجل والانسحاب والخوف.
2. فرص نجاحها بشكل فردي أوفر حظاً من المقابلة الجماعية لذلك قد لا نلجأ إليها في حالة العدد الكبير.
3. قد تأخذ وقتاً طويلاً وخاصة إذا كان العدد كبيراً.
4. قد نجد صعوبة في تدوين المعلومات أمام الطفل أثناء إجراء المقابلة وقد ينسى الأخصائي عدداً من المعلومات إذا ما تم ذلك بعد الانتهاء من المقابلة.
5. قد يحدث التحيز من قبل الشخص الذي يقوم بالمقابلة.

وقد يعمد الأخصائي النفسي إلى مقابلة أطراف أخرى ذات علاقة بالطفل لجمع البيانات اللازمة، ومن هذه الأطراف الوالدان والمعلمون والأقران وقد تكون المقابلة تركيبية محددة البناء 'Structured Interview'.

عوامل نجاح المقابلة

1. السرية التامة

- يجب عدم تأكيد الفاحص سرية الموضوعات موضع المقابلة أكثر من اللازم حتى لا يبعث ذلك الشك في نفس المفحوص.
- عدم تحدث الفاحص أو الأخصائي الإكلينيكي في التليفون أمام المفحوص عن مشكلة مفحوص آخر، أو يتناقش معه في مشكلة مفحوص آخر على سبيل التشبيه.
- ألا يضع الفاحص ملفات مقابلات أجريت مع آخرين على المكتب فيظن المفحوص أن ما يقوله في أثناء المقابلة يمكن أن يكون عرضه لاستقراء محتوياته.

2. الخصوصية

يفضل ان تجري المقابلة بين الفاحص والمفحوص على انفراد، وعدم وجود شخص ثالث، وذلك أن المفحوص يجد صعوبة في الحديث عن مشكلاته الشخصية في وجود شخص ثالث أو في مكان مزدحم. (حسن مصطفى:1998)

3. الأمانة والدقة

- القائم بالمقابلة يجب أن يكون أمينا في إجراء المقابلة وتدوين بياناتها.
- المفحوص يجب أن يكون أمينا فيما يعرضه من بيانات حول الموضوعات أو المشكلات التي يتحدث عنها.

مزايا المقابلة

1. تعد المقابلة انسب وسائل جمع البيانات من الأشخاص الأميين والمتعلمين.
2. تتيح فرصة اكبر لكشف عن البيانات التي تتصل بموضوعات معقدة أو مثيرة للانفعال، مما لا تكشف عنه وسائل جمع المعلومات الأخرى.
3. تفيد المقابلة في تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية.
4. تتيح الفرصة للكشف عن التناقض في إجابات المفحوص، ومن ثم يمكن مراجعته ليعطي تفسيراً لهذا التناقض.
5. تمتاز بالمرونة: حيث يمكن للباحث إعادة الأسئلة وتوضيح الغامض منها.

عيوب المقابلة

1. التحيز: وخاصة تحيز الباحث لفكرة سابقة. مما يعرض إجابات المفحوص لعدم الدقة.
2. عدم الدقة: فقد تتأثر إجابات المفحوص بالباحث أو الجو الذي تجري فيه المقابلة.
3. اللجوء إلى المقبولية الاجتماعية: كأن يلجأ المفحوص بالطريقة التي تلقى استحساناً أو تتماشى مع رأي الباحث.
4. تتطلب المقابلة وقتاً طويلاً في التدرب عليها وتطبيقات أجزاءها.
5. من الصعب مقارنة مقابلة بمقابلة أخرى، لان كل مقابلة لها ظروفها من حيث أسئلتها، وظروف الحوار والظروف النفسية لكل من الطرفين (حسن مصطفى،2004:103-104)

رابعاً: دراسة الحالة Case Study

تعريف دراسة الحالة

هي الإطار الذي ينظم ويقيم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد- وذلك عن طريق: الملاحظة، والمقابلة، والتاريخ الاجتماعي، والسيرة الشخصية، والاختبارات السيكولوجية، والفحوص الطبية... لذلك: فإن دراسة الحالة التي تدور أساساً حول الكائن الإنساني في تفرده تكون الطريقة المفضلة لدى الإكلينيكي (لويس كامل مليكة: 1980، 79).

أسلوب دراسة الحالة من الأساليب المعروفة في جمع البيانات والمعلومات عن السلوك الجاني، وفيها يتم جمع البيانات والمعلومات مباشرة من الطفل/ المسترشد/ وتسجيلها، والتي تشمل عدداً من الجوانب ذات العلاقة بالسلوك الجاني كالجوانب الأسرية والمدرسية والاجتماعية... الخ وتهدف دراسة الحالة إلى جمع معلومات تساعد في تشخيص السلوك الجاني وتحديد استجابة وقد يلجأ المرشد إلى أسلوب آخر لجمع البيانات والمعلومات ويسمى بأسلوب تاريخ الحالة (Case History) والذي يتناول معلومات تتعلق بجمع بيانات أو معلومات عن طفولة الفرد وخبرات الطفولة السابقة، كمصدر آخر في تشخيص الحالة.

ففي دراسة الحالة يتم الاتصال بالأفراد الذي يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية مباشرة والحديث معهم ومحاورتهم من أجل الحصول على بعض المعلومات، كما يتم جمع بيانات حول هؤلاء الأفراد من خلال الاتصال بأولياء الأمور والمعلمين والأفراد والأصدقاء وإجراء المقابلات مع هذه الأطراف والاستعانة بتقديراتهم وملاحظاتهم كما يتم اللجوء كذلك للسجلات والوثائق الطبية والأكاديمية والمذكرات وتوظيف الأدوات المسحية مثل قوائم الشطب والاستبيانات (Patton، 2002) ويؤخذ على هذه الطريقة أنها أحياناً قد لا تقود إلى الأسباب الحقيقية التي تسبب الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال، وبالرغم من كثرة المعلومات التي يتم جمعها من عدد من المصادر حول الحالة والتي هي مقيدة ومتعمقة، إلا أنه لا توجد طريقة لاختبار صدق مثل هذه المعلومات والتفسيرات بها (papalia & olds، 1992).

خامساً: قوائم التقدير Check Lists

تعد قوائم التقدير للسلوك من الأساليب الفعالة في جمع البيانات والمعلومات عن السلوك الملاحظ، وتعتمد قوائم التقدير على الملاحظة، ولذا فيجب توفر شروط الملاحظة،

وشروط الملاحظين فيها وتبدو قيمة هذه الطريقة في تسجيل السلوك الملاحظ على وقف قائمة بأشكال السلوك الملاحظ وتحديد زمانه ومكانه، فإذا استخدمت هذه الطريقة في ملاحظة السلوك العدواني، فيتم تحليل مظاهره، بحيث يضع الملاحظ إشارة (√) أمام نوع السلوك الذي يحدث وإشارة (×) أمام نوع السلوك الذي لا يحدث في مكان وزمان الملاحظة، ويبين الشكل الآتي توضيحاً لذلك:

قائمة تقدير السلوك العدواني

الإسم:................................ إسم الملاحظ:................................

الصف:................................ مكان الملاحظة:................................

العمر:................................ زمان الملاحظة:................................

درجة الحالة:................................ التاريخ:................................

مظاهر السلوك العدواني	يحدث	لا يحدث	ملاحظات الملاحظ
العدوان المادي			قد يذكر الملاحظ
- أخبط بيدي على المنضدة	×		مدة حدوث السلوك، وعدد مرات تكراره،
- أكتب على جدران الفصل		×	وزمن حدوثه أي سياق الحدث للسلوك
- أكسر قلم زميلي	√		
- أغلق باب الغرفة بعنف	√		
العدوان اللفظي			
- اعتدى على الآخرين بالألفاظ		×	
- اسب الآخرين	√		
- اقول ألفاظاً مؤذية	√		
- انوه بعبارات تهديدية	√		

سادساً: المقاييس والاختبارات Measures & tests

تعد المقاييس والاختبارات من الأساليب العلمية التي تتصف بالصدق والثبات ولها ما يبرزها كأساليب في جمع البيانات والمعلومات ومنها الاختبارات التحصيلية المدرسية أو الاختبارات النفسية ذات العلاقة مثل اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception test

أو ما يسمى بـ (TAT) واختبار تفهم الموضوع للصغار (Children Apperception test CAT) واختبار رسم الرجل Draw Aman test واختبارات السمات الشخصية مثل اختبار (Mmpl) وغيرها وقد يلجأ المرشد النفسي إلى اختبارات أخرى ذات علاقة بالسلوك الحالي أو المشكلة موضوع الدراسة (فاروق الروسان، 2000: 86) وتتباين هذه المقاييس باختلاف أهدافها لتشمل مقاييس مفهوم الذات ومقاييس القدرات العقلية واختبارات التحصيل وأدوات التقدير الذاتي والمقاييس السوسيومترية وجميعها تسعى إلى قياس أبعاد الشخصية وأنماط السلوك التكيفي لدى الطفل ومن هذه المقاييس ما يلي:

أولاً: قوائم الشطب Reported checklists

وهي عبارة عن مجموعة من الفقرات تتعلق بمظهر سلوكي أو عدد من المظاهر السلوكية يطلب فيها من المفحوص تقدير مدى انطباق مثل هذه المظاهر لما هو موجود لديه بالإجابة بنعم أو لا ومثل هذه القوائم قد يتم تطبيقها على الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية مباشرة أو يطلب من ذوي العلاقة الإجابة عنها مثل المعلمين والأقران والوالدين (knoodlerotal، 1984) ويمكن كذلك استخدام مقاييس التقدير Rating scales وهي تشبه قوائم الشطب لكنها تتطلب الإجابة عن فقراتها من الاختبار وفق سلم متدرج من الإجابات ومن هذه القوائم.

أ. قائمة كوي ريترسون للسلوك المشكل

Quay & petterson's Behavior problem checklist 1976

تستخدم هذه القائمة لتقييم الخصائص والسمات المرتبطة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين وفق أربعة أبعاد رئيسية هي:

1. اضطرابات الشخصية: مثل الغيرة والخجل والانسحاب.
2. اضطرابات السلوك: مثل العدوان والتهجم والعناد.
3. اضطرابات النضج: مثل الحركة الزائدة وضعف الانتباه.
4. الأنماط الثقافية والاجتماعية: مثل الكذب والغش.

ب. دليل برستول للتكيف الاجتماعي Bristol social Guides

صمم هذا الدليل ماريستون (Mariston ,1970) ويهدف إلى قياس أبعاد السلوك التكيفي الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين ومن خلال هذه الدليل يمكن تقييم المشكلات السلوكية والانفعالية، ووصف الأنماط السلوكية الملاحظة، مما يتيح إمكانية توفير معلومات ذات قيمة تساعد المعلمين والأخصائيين النفسيين في تفسير السلوك.

ج. مقياس بيركس لتقدير السلوك Burk's Behanior Rating scale (1975 – 1985)

يعد هذا المقياس من أكثر المقاييس شيوعاً وأكثرها موضوعية واستخداماً في مجال تقدير السلوك والكشف عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية ويتمتع بدرجة ثبات وصدق عالية، وهو من المقاييس الفردية ويستخدم في قياس وتشخيص مظاهر الاضطرابات الانفعالية للأفراد منذ سن (6) سنوات ويتألف هذا المقياس من (110) فقرات موزعة على (19) مقياساً هي:

1. الإفراط في القلق Excessive Anexeiety وعدد فقراته (5).
2. الإفراط في لوم الذات Excessive self-Blame وعدد فقراته (2).
3. الاعتمادية الزائدة Excessive Dependency وعدد فقراته (1).
4. الانسحابية الزائدة Excessive withdrawal وعدد فقراته (6).
5. ضعف قوة الأنا Poor Ego strength وعدد فقراته (6).
6. ضعف القوة الجسمية Poor physical strength وعدد فقراته (5).
7. ضعف التآزر الحسي الحركي Poor coordination وعدد فقراته (5).
8. تدني القدرة العقلية Poor Intellectuality وعدد فقراته (7).
9. تدني التحصيل الأكاديمي Poor Academic Achievement وعدد فقراته (5).
10. ضعف الانتباه Poor Attention وعدد فقراته (5).
11. ضعف القدرة على ضبط الاستجابات Poor Impulse control وعدد فقراته (5).
12. ضعف الاتصال مع الواقع Poor Reality contact وعدد فقراته (8).
13. المعاناة المبالغ فيها Excessive suffering وعدد فقراته (7).
14. ضعف الإحساس بالهوية Poor sense of Identiy وعدد فقراته (5).
15. صعوبة ضبط الغضب Poor Anger control وعدد فقراته (5).
16. العدوانية المبالغ فيها Excessive Agressiveness وعدد فقراته (5).
17. الإحساس بالظلم المبالغ فيه Excessive Persecution وعدد فقراته (5).
18. العناد المبالغ فيه Excessive Resistance وعدد فقراته (5).
19. صعوبة الانضباط الاجتماعي social conformity وفقراته (8).

د. مقياس السلوك التكيفي Adaptive Behavior scale

يتوفر العديد من المقاييس لقياس السلوك التكيفي أهمها مقياس الجمعية الأمريكية لقياس السلوك التكيفي A.A. MD Adaptive Beganior ومقياس فيلاند للنضج الاجتماعي Social Maturity scale، وقائمة السلوك التكيفي للأطفال Adaptive Behanior Inventory for children ABIC

وتختلف هذه المقاييس في طريقة بنائها ودرجتها تمثل الجوانب التي تتضمنها إلا أنها في الغالب تقيس درجة ملاءمة سلوك الطفل في ظل مجموعة من المهمات النمائية المتوقع منه تحقيق درجة من الكفاءة في أدائها في مراحل عمرية مختلفة أي أن مقاييس السلوك الاجتماعية لمن هم في مثل سنه وتتضمن هذه المقاييس فقرات تقيس الاستقلالية الذاتية في أداء مهمات الحياة اليومية والمهارات الحركية واللياقة المدنية والمهارات اللغوية والعلاقة مع الأقران والقدرة على تحمل المسئولية (جميل الصمادي، وآخرون، 1995).

مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

بعد تبني الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تعريف كل من هيبر جروسمان والذي يتضمن البعد الاجتماعي مع بعد القدرة العقلية لذا فإن نهيرا وزملاءه ضمن فقرات هذا المقياس البعد الاجتماعي ليتناسب مع التعريف، وذلك بسبب الانتقادات الكثيرة لاختبارات البعد السيكومتري في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية.

يتألف المقياس من (95) فقرة، تشمل السلوك التكيفي Adaptive Behavior وعدد فقراته (56) فقرة والسلوك اللاتكيفي Maldaptive Behanior وعددها (39) فقرة أما أبعاد المقياس فتشمل السلوك التكيفي الأبعاد التالية: الوظائف الاستقلالية والنمو الجسمي والنمو اللغوي والنشاط المهني والنشاط الاقتصادي والأرقام والوقت والتوجه الذاتي وتحمل المسؤولية والتنشئة والاجتماعية، أما القسم الثاني فيتضمن الوظائف التالية: السلوك العدواني والسلوك النمطي والسلوك التشكيكي والسلوك التمردي والسلوك الانسحابي واستخدام العقاقير والميل إلى النشاط الزائد والعادات السلوكية غير المناسبة والسلوك الإيذائي للذات والعادات الصوتية غير المرغوبة والسلوك العصبي.

• مقياس رسم الرجل Drow Amman test

لقد قامت جودانف (Goodemough) بإعداد مقياس يعرف بمقياس رسم الرجل عام 1925، ثم ظهر مقياس آخر في هذا المجال من إعداد هاريس (Harris) عام 1963 يعرف

باسم مقياس جودانف – هاريس Goodenough – Harris ومثل هذين الاختبارين يستخدمان في قياس وتشخيص القدرات العقلية لدى المفحوصين بالإضافة إلى قياس مظاهر السلوك الانفعالي على اعتبار أن الأفراد في أثناء رسم صورة الرجل يسقطون انفعالاتهم ودوافعهم، مما يتيح فرصة الكشف عن مظاهر الاضطراب الانفعالي والسلوك لديهم.

ثانياً: مقاييس الذات Self –concepts scales

تستخدم بعض مقاييس الذات في تقييم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال والمراهقين لأنه من المفيد التعرف على الكيفية التي يشعر بها الطفل بذاته وكذلك الكيفية التي يدرك من خلالها نقاط الضعف والقوة في شخصيته، ومن مقاييس الذات المشهورة والتي يمكن استخدامها في تشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال:

مقياس بيرس – هارس لمفهوم الذات عند الأطفال

the piers – Harris children's self concept scale (1969)

يتألف هذا المقياس من 80 فقرة تتطلب الإجابة عنها بنعم أو لا رعي مجموعة تقيس أبعاد مفهوم الذات المدرك عند الأطفال (Knoedler etal. 1984)

ثالثاً: اختبارات التحصيل والذكاء Achievement & Intelligemce tests

تستخدم الاختبارات التحصيلية المقننة في قياس درجة تعلم الطالب في مجالات مشتركة للمناهج الدراسية فالاختبارات التي يكتبها المعلم لطلابه تقتصر على ما يقوم بتدريسه وما يناسب حاجات طلابه، أما الاختبارات التحصيلية المقننة فإنه يمكن تطبيقها على طلاب لفرقة دراسية معينة في مختلف المدارس في ظروف مقننة منتظمة من حيث التطبيق، والتصحيح، وهذا يجعل من الممكن مقارنة مستوى تحصيل طلاب مجموعة معينة بمعيار الجماعة Reference Group

خصائص الاختبارات التحصيلية المقننة

1. تشتمل هذه الاختبارات على مهام يشترك جميع الطلاب في تعلمها في جميع المدارس، وتكون تعليماتها محددة لكي يبدأ الطلاب الإجابة عليها بفهم مشترك.
2. تشتمل هذه الاختبارات على معايير Norms لتفسير الدرجات المستمدة منها، وذلك لتحديد مركز الطالب بالنسبة لأقرانه فيما يقيس الاختبار.

3. تعد هذه الاختبارات من نوع الاختبارات مرجعية المعيار (NRTS) التي تهتم بمقارنة أداء الطالب بمحك أداء مطلق (صلاح الدين علام، 2006، 163)

أما اختبارات الذكاء فهي تقيس عدداً من القدرات العقلية، مثل مقياس ستانفورد – بينة للذكاء العام.

يعد هذا المقياس بمراجعات وتعديلات متتالية منذ الطبعة الأولى لمقياس بينية – سيمون الأصلي عام 1916 وقد أجريت هذه المراجعات في الولايات المتحدة الأمريكية، ولعل أحدثها طبعة 1984 ويستخدم هذا المقياس في قياس الذكاء العام للأعمار من عامين إلى الرشد؛ على الرغم من أنه يستخدم بدرجة أكبر مع الأطفال من عمر عامين إلى ثمانية أعوام. ويعتمد المقياس على معايير عمرية للأداء أي ترتب المجموعات المنفصلة من المفردات بحيث يكون مستوى صعوبتها مناسباً للمستوى العمري المصممة له ويقيس هذا الاختبار عدة مهارات يمكن تصنيفها إلى:

- اللغة: تسمية الأشياء في صور، تعريف كلمات، تسمية كلمات مقفاة.
- الاستدلال: رسم توجهات، معرفة سبب سخافة عبارات لفظية.
- الذاكرة: تذكر جمل، تذكر أرقام.
- التفكير: شرح أمثال سائرة، توضيح أساس تماثل أشياء.
- الذكاء الاجتماعي: فهم علاقات اجتماعية، البحث عن سخافات في صور.
- الاستدلال العددي: إجراء تغييرات، حل مسائل رياضية حلولاً ذكية.
- النشاط البصري – الحركي: تكوين شكل معين على لوحة أشكال، رسم شكل معين عن طريق النقل.

حيث تحتسب درجة الذكاء الفرد على هذا المقياس من خلال تحديد العمر العقلي تبعاً لعدد الأسئلة التي يجيب عليها، ومن ثم استخدام المعادلة التالية:

$$\text{درجة الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

ومن الاختبارات الأخرى التي تستخدم للذكاء لعام مقياس ويكسلر للذكاء Wechsler Intelligence scales ويشتمل على (11) اختبارات فرعية تقيس ستة منها

الجوانب اللفظية والخمسة الباقية تقيس الأداء وفيما يلي توضيح للاختبارات الفرعية لكل من القسمين:

المقياس اللفظي Verbal scale

1. المعلومات (تذكر معارف).
2. الفهم (فهم المعلومات).
3. الحساب (القدرة العددية).
4. التشابه (الاستدلال).
5. المفردات (القدرة اللفظية).
6. سعة الذاكرة للأرقام (الذاكرة).

مقياس الأداء Per for mance Scale

1. رموز الأرقام (الترميز).
2. تكملة الصور (تحليل الأجزاء من الكل).
3. تصميم المجسمات (تحليل مجسم معقد).
4. ترتيب الصور (الاستدلال غير اللفظي).
5. تجميع الأشياء (توليف الكل من الأجزاء).(صلاح الدين علام: 2006: 189).

ويمكن من خلال هذه الاختبارات الفرعية قياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال ومدى تدخل مثل هذه الاضطرابات في القدرة العقلية لديهم فمن خلال أدائهم على هذه الاختبارات يتم تحديد التناقض في مثل هذه الاستجابات، حيث يتم تحليل مدى التشتت في استجاباتهم على الاختبار ككل وعلى الاختبارات الفرعية بالإضافة إلى قياس التشتت في الاستجابات داخل الاختبار فمن خلال تحليل محتوى الاستجابات ولاسيما الخاطئة منها على الاختبارات الفرعية يتم الوقوف على أشكال الخلل المعرفي في الإدراكات والأفكار والمشاعر لدى الأطفال، وتقييم مستوى الانتباه لديهم ويستدل على وجود الخلل عادة من خلال الدرجات التي يحصل عليها الأطفال، إذ حصول الطفل على درجة متدنية يشير إلى وجود اضطراب سلوكي أو انفعالي لديه (sostin& Draguns 1999)

رابعاً: اختبارات ومقاييس الشخصية Personality scales and tests

يمكن قياس الشخصية بأنواع مختلفة من الاختبارات والمقاييس: فقياس وتقييم الشخصية يتضمن الملاحظة الموضوعية المنظمة لسلوك الفرد تحت شروط محددة في علاقتها بمثيرات معينة وللحصول على بيانات تتعلق بالفرد، يجب فهم أثر مختلف مكونات الموقف المثير على سلوكه وتصنف مقاييس الشخصية إلى:

أ. استبيانات الشخصية

1. استبيانات تستند إلى الإستراتيجية المنطقية مثل: قائمة مراجعة المشكلات لموني: Minnesota problem check-list.

2. استبيانات تستند إلى الإستراتيجية الامبرقية مثل: استبيان مينسوتا للشخصية متعدد الأوجه (MMPI) Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

3. استبيانات تستند إلى إستراتيجية التجانس مثل: استبيان العوامل الستة عشر لكاتل Cattel 16-PF Questionnanire.

ب. المقاييس الاسقاطية للشخصية

عندما يستخدم المصطلح إسقاط Projection في الطرق الإسقاطية للشخصية، فإنه يعني بعامة العملية التي تؤثر بها خصائص الفرد، أي بنية شخصيته، في كيفية إدراك، وتنظيمه، وتفسيره لبيئته وخبراته وهذه التأثيرات يمكن ملاحظتها بدرجة أفضل وقياسها عندما يستجيب الفرد لمثيرات أو مواقف تتميز بالغموض أو الحداثة، وتؤكد أنستازي (Anostosi) بقولها تتسم الاختبارات الإسقاطية باتجاه كلي شمولي يركز الانتباه على صورة كلية عن الشخصية بكاملها أكثر من قياس سمات منفصلة عن بعضها البعض وكذلك تكشف الاختبارات الإسقاطية عن الجوانب اللاشعورية الكامنة وكلما كانت مادة الاختبار غير محددة البناء وكلما كان الاختبار أكثر حساسية للمحتويات الدفينة كما أشير إلى أن معظم الأساليب الإسقاطية تمثل وسائل فعالة لإذابة الجليد خلال الاتصالات التمهيدية بين الفرد والعميل فالأساليب الإسقاطية تميل إلى تحويل انتباه الفرد بعيداً عن نفسه وبذلك تخفض القابلية للمقاومة، كما تفيد بوجه خاص في التواصل مع الفاحص (Anastasi، 1988: P 595 – 606).

1. اختبار بقع الحبر للرورشاخ Rorschach Inkblot test

صمم هيرمان رورشاخ – الطبيب النفسي السويسري، اختبار بقع الحبر الذي سمي بأسمه بعد تجارب استغرقت عشرة أعوام بدأ في سنة 1911 في محاولة لاستخدام بقع الحبر في دراسة الخيال.

قدم رورشاخ أسلوبه لأول مرة 1924 ثم قدم إضافات تالية لأسلوب التطبيق وأساليب التفسير المختلفة.

يتكون الاختبار من عشر بطاقات ورقية مطبوع على كل بطاقة بقعة حبر متماثلة الجانبين، وخمس من هذه البطاقات تتكون من اللون الأسود وظلاله الرمادية بينما تتضمن بطاقتان أخريان لمسات إضافية من اللون الأحمر وتتضمن البطاقات الثلاث الباقية بعض الظلال الملونة تقدم البطاقات للمفحوص تباعاً، ويطلب منه أن يذكر ما يراه في كل بطاقة أو يذكر ما يمكن أن تمثله، ولأن بقع الحبر المقدمة تبدو منبهات غامضة وبلا معنى، فإن الطريقة التي يدرك الفرد بها مادة الاختبار أو بنيته ستعكس الجوانب الأساسية لأدائه السيكولوجي، بمعنى آخر ستردد مادة الاختبار – بقع الحبر – بمثابة شاشة يسقط المفحوص عليها خصائص تفكيره واحتياجاته، وقلقه وصراعاته.

يقوم الفاحص بتسجيل الإجابة الحرفية التي يقدمها المفحوص لكل بطاقة ويسجل زمن الإجابة والوضع الذي نظر منه للبطاقة والملاحظات التلقائية التي أبداها والتعبيرات الانفعالية التي صدرت عنه ومظاهر السلوك العرضية أثناء الإجابة وبعد انتهاء تقديم البطاقات العشرة مباشرة وتسجيل استجابة المفحوص يبدأ الجزء الثاني من موقف الاختبار وهو الفحص Inquiry الذي يهدف إلى هدفين:

الهدف الأول: هو التعرف على أي جوانب بقعة الحبر هي التي أثارت تداعيات المفحوص وتعلقت بها، هل استجاب المفحوص.. ككل أم لأجزاء منه أم لبعض التفاصيل الدقيقة، هل استجاب للموضوع أو للون والظلال والحركة الظاهرة وكل هذه المعلومات أساسية في عملية تصحيح الاختبار.

الهدف الثاني: هو إتاحة الفرصة للمفحوص لإضافة ما يريد لاستجاباته أو لتوضيح جوانبها من تلقاء نفسه دون تدخل من جانب الفاحص الذي لا يسمح له أن يوجه أسئلة للمفحوص إلا لهدف توضيح الجوانب التي يقوم عليها تصحيح الأداء.

تصحيح الاختبار

يعتمد تصحيح الاختبار على أربع فئات رئيسية تصنف فيها خصائص استجابة المفحوص وتقيس كل فئة من فئات التصحيح أكثر من وظيفة نفسية كما أن الخصائص النفسية للشخص تشتق من التأليف بين عدد من فئات الإجابة ويعتمد التفسير النهائي على خصائص الأداء مصنفاً في هذه الفئات. (صفوت فرج، 1990)

2. اختبار تفهم الموضوع (The thematic Apperception test (TAT

يتكون هذا الاختبار الذي أعده مورجان Morgan، وموراري Murray عام 1935 على (30) صورة كل منها مرسومة على بطاقة منفصلة، وبطاقة بيضاء وتختلف كل صورة من حيث محتواها ودرجة غموضها وتتباين هذه الصور في درجة انتظامها وبنيتها، إذ تتراوح بين الانتظام التام أو البنية المحددة بدرجة كبيرة إلى البنية غير المحددة على الإطلاق كما في البطاقة البيضاء.

ويمكن تطبيق الاختبار على الراشدين والمراهقين، وتُعرض البطاقات على الفرد واحدة تلو الأخرى مصحوبة بتعليمات بسيطة ويطبق الاختبار عادة على مرتين أو أكثر، وتستخدم فقط 20 بطاقة مع أي فرد، ويطلب من الفرد الذي يختبر أن يكون قصة عما حدث في الصورة، وعما يحدث فيها، وما سوف يمكن أن يحدث، فيجب أيضاً أن تتضمن القصة تفاصيل عن الشخصيات التي في الصورة وأنشطتهم، وتفكيرهم، ومشاعرهم.

3. اختبار تفهم الموضوع للأطفال (Children Appereception test (CAT

ومما هو جدير بالذكر أن هناك بطاقات خاصة يمكن استخدامها مع الأطفال وتسمى باختبار تفهم الموضوع للأطفال (CAT) ويعتبر هذا الاختبار اليوم واحداً من أكثر الاختبارات النفسية شيوعاً إذ يستخدم على نطاق واسع في أعمال العيادات النفسية وفي دراسة الشخصية، حيث أصبحت الاختبارات الإسقاطية من الأدوات الهامة التي يستعان بها في الوقت الحاضر للوقوف على الجوانب المختلفة للشخصية وتشخيص الحالات السوية والمرضية ومعرفة ما يعانيه الفرد من مشكلات (تيسير كوافحة: 2003: 163).

مميزات اختبار تفهم الموضوع T.A.T

1. الموقف الذي يستجيب له الفرد غير متشكل وناقص التحديد والانتظام، وهذا من شأنه أن يقلل التحكم الشعوري للفرد في سلوكه بشكل يترتب عليه سهولة الكشف عن شخصيته.

2. هذا النوع من الاختبارات يستجيب الفرد للمادة غير المتشكلة عليه دون أن تكون له أية معرفة عن كيف ومن أية جهة سوف يتم تقدير هذه الاستجابات فدلالة المنهج أو الطريقة غير معروفة.
3. أنها تمثل نزعة من جانب الفرد ليعبر عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته ورغباته.
4. يقيس نواحي جزئية ووحدات مستقلة تتألف منها الشخصية لكنها تحاول أن ترسم صورة عن الشخصية ككل ودراسة مكوناتها وما بينها من علاقات ديناميكية.

تعقيب على المقاييس الإسقاطية للشخصية

يتضح مما سبق أن من أهم مميزات المقاييس الإسقاطية للشخصية هي حرية الاستجابة المسموح بها للفرد المختبر، وحرية الأخصائي الكلينيكي في توضيح ما يقصده الفرد ومعظم هذه المقاييس تكون غامضة الهدف، وبذلك يصعب على الفرد المختبر تزويد استجاباته، لأن طرق تقدير الدرجات، وتفسير الاستجابات، تكون غير مألوفة لديه، كما أن معظمها لا يحتاج إلى مهارة في القراءة ويمكن أن يطبق على الأميين والأطفال والصغار إلا أن هذه المقاييس يشوبها كثير من العيوب، فهي تطبق بطريقة فردية، ومما يزيد الأمر تعقيداً عدم وجود أدلة كافية على جدوى استخدامها، وثباتها، وصدقها. (صلاح الدين علام: 2006، 239).

الفصل الثالث

نظريات تفسير الاضطرابات السلوكية والانفعالية

النظرية السلوكية

الفروض الأساسية للنظرية السلوكية

المفاهيم الأساسية للنظرية السلوكية

نظرية التحليل النفسي

نظرية اريكسون النفسية الاجتماعية

مقارنة بين الاتجاه السلوكي والاتجاه التحليلي في نظريتهما إلى الاضطرابات السلوكية

النظرية البيوفسيولوجية

النظرية البيئية

الفصل الثالث

نظريات تفسير الاضطرابات السلوكية والانفعالية

إن دراستنا للنظريات التي فسرت الاضطرابات السلوكية والانفعالية شيء هام جداً لأنه يساعد على فهم وتفسير وتقييم السلوك؛ كذلك تساعد على التنبؤ بالسلوكيات المضطربة المتوقعة الحدوث، إلا أنها أخيراً تساعد في ضبط السلوك وتعديله وتغييره.

إن النظرية إطار عام يضم مجموعة منظمة متناسقة متكاملة من الحقائق والقوانين التي تعمد إلى تفسير الظواهر، وتتضمن مجموعة من الفروض الأساسية. وإن العلم لم ينته به المطاف إلى النظرية، ولكن حتى بعد التوصل إلى النظرية تبقى الأبحاث مستمرة للتأكد من فروض النظرية وصدقها وثباتها.

مثل هذه الاضطرابات السلوكية والانفعالية حظيت باهتمام العديد من الاتجاهات النظرية لتوضيح أسبابها وصفات الأفراد المضطربين سلوكياً وانفعالياً وما الأسباب المناسبة لعلاج مثل هؤلاء المضطربين وسنتناول النظريات الآتية:

ونبدأ بالنظرية الأكثر استخداماً وتفسيراً للاضطرابات السلوكية والانفعالية

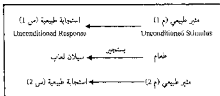
النظرية السلوكية Behavioral Theory

1. نظرية الإشراط الكلاسيكي Classical Conditioning Theory

إن بداية علم النفس التجريبي كانت على يد بافلوف عالم النفس والفسيولوجي الروسي يعد من الرواد الأوائل في ميدان علم النفس التجريبي، وتنص نظرية بافلوف في التعلم على ارتباط استجابة ما بمثير ما ولا تربطهما علاقة طبيعية، وتفسير ذلك حدوث التعلم لدى الفرد حين يحدث الاقتران بين مثيرين، يحل أحدهما مكان الآخر في إحداث استجابة ليست له في الأصل.

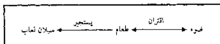
ويوضح الشكل التالي ترتيب المثيرات والاستجابات في نظرية بافلوف في ثلاث مراحل هي:

1. مرحلة ما قبل الاشتراط

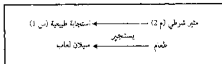


2. مرحلة أثناء عملية الاشتراط

إذ يقترن م1 + م2 معاً عدد من المرات.

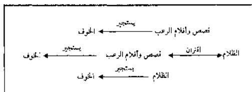


3. مرحلة ما بعد عملية الاشتراط



التطبيقات الحياتية

يشير بافلوف إلى اكتساب المثيرات المشابهة للمثير الشرطي قوة المثير الشرطي وتسمى هذه الظاهرة بظاهرة تعميم المثير الشرطي واستمرارها بالتالي للاستجابة الشرطية، كما يفسر بافلوف أن بعض المخاوف متعلمة بالطريقة الشرطية، ويمكن محوها أيضاً بالطريقة الشرطية، كما يمكن تفسير بعض أشكال التعلم بالطريقة الشرطية.



مثال:

- الخوف من الأماكن الفسيحة.
- الخوف من الأماكن الضيقة.
- الخوف من الأماكن المرتفعة.

2. نظرية الاشراط الإجرائي Operant Theory

ما يميز نظرية سكنر في التعلم، تركيزها على السلوك الإجرائي، وما يتبعه من مثيرات معززة تعمل على تقوية أو إضعاف العلاقة بين السلوك الإجرائي (الاستجابة/ الاستجابات) والمعززات سواء كانت إيجابية أم سلبية Positive/ Negative Reinforces.

وقد أجرى سكنر تجاربه المشهورة على الحمام، وعلى البشر فيما بعد، وحدد الإطار العام لنظريته التي ترتكز على الاستجابات وما يليها من معززات وعلى ذلك يمكن صياغة قانون الاشراط الإجرائي وفق هذه النظرية كما يلي:

- يقوي احتمال ظهور الاستجابة الإجرائية إذا اتبعت بالمعززات الإيجابية، في حين يضعف ظهور الاستجابة الإجرائية إذا اتبعت بأي شكل من أشكال العقاب.
- إن المثير في تجارب سكنر غير واضح (غير محدد سابقاً) ولم تتبع الاستجابة المثير، بل إن الاستجابة كانت عفوية فتعززت حتى أصبحت مقصودة أو متعلمة، وسمي السلوك في تجارب سكنر بالسلوك الإجرائي وأصبحت نظريته تعرف بالاشراط الإجرائي الذي تم تطبيق مبادئه على نطاق واسع لضبط سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في السلوك، وخاصة في المواقف التربوية.

3. نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory

تعتمد هذه النظرية على المسلمات الأساسية لنظرية التعلم، ويرى أصحاب هذه النظرية ومنهم جوليان روترز أن السلوك المنحرف يخضع لمبادئ التعلم الاجتماعي، ولا يحتاج إلى مبادئ أخرى لفهمه وتفسيره، وهم يرون أن السلوك المنحرف والذي يطلق عليه آخرون السلوك المرضي: هو سلوك غير مرغوب فيه وفقاً لمجموعة من المعايير والقيم، وأنه سلوك سبق تعلمه.(جوليان روتر،1989: 107)

ترى نظرية التعلم الاجتماعي أنه لا ينبغي تقويم سلوك الفرد في التشخيص فقط، بل علينا أن نقوم توقعاته والقيم التي يضعها للأهداف المختلفة. يرى باندورا (Bandura) أن التعليم من خلال الملاحظة والتقليد (النمذجة) يستند إلى ثلاث عمليات أساسية هي:

1. العمليات الإبدالية: الخبرات والأنماط السلوكية التي يتم تعلمها بطريقة مباشرة من خلال التفاعل مع المثيرات والمواقف يمكن تعلمها على نحو غير مباشر (بديلي)، وذلك من خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين وتقليد مثل هذه السلوكيات. كما يؤثر كل من التعزيز والعقاب مباشرة في السلوك ويمكن لهما التأثير في سلوك الأفراد على نحو غير مباشر، أي على نحو بديلي من خلال التأثير بخبرات التعزيز والعقاب المترتبة على سلوك النماذج التي يلاحظونها.
2. العمليات المعرفية: هناك عمليات وسيطة تتدخل بين التعرض للمثيرات وإنتاج الفعل السلوكي حيث تلعب إدراكات وتوقعات الفرد ودوافعه دوراً في تحديد ما يتم تعلمه من سلوك النماذج.
3. عمليات التنظيم الذاتي: يعمل الفرد على إعادة تنظيم الخبرات التي تتم ملاحظتها، بحيث يظهر السلوك المناسب بما يتناسب مع التوقعات التي يعتقد الفرد تحقيقها، وبما يتناسب مع طبيعة المواقف التي يواجهها.

إذا تذكرنا أن التعلم وفق هذه النظرية يتم في سياق اجتماعي (Social Context) ومن خلال التفاعل الاجتماعي بين المتعلم والمعلم أو الأب أو النموذج، أياً كان، ويعني ذلك أن سلوك النموذج موضوع تقييم من قبل المتعلم، وعلى ذلك يعمل المتعلم على تقليد سلوك النموذج، أو لا يقلده بناءً على مكانة ذلك النموذج وقوته لدى المتعلم، وبخاصة مكانه وقوته في المجتمع، إذ يعمل المتعلم على تقليد ذلك السلوك الذي قد لا يظهر مباشرة، بل يظهر حينما تتاح الفرصة لدى المتعلم لإظهار ذلك السلوك المقلد إذ يتوقع المتعلم تعزيزاً

مباشـــراً أو غـــير مباشـــر لـــه. (عمـــاد عبـــد الـــرحيم الزغـــول، 75:72009؛ (Bandura&Walters,1977,p.49.

الفروض الأساسية للنظرية السلوكية

1. معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب، سواء أكان السلوك سوياً أو مضطرباً.
2. السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم إلا أن السلوك المضطرب غير متوافق.
3. السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي يؤدي إليها، وحدوث ارتباط شرطي بين تلك الخبرات وبين السلوك المضطرب.
4. جملة الأعراض النفسية تعتبر تجمعاً لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.
5. السلوك المتعلم يمكن تعديله.
6. يولد الفرد ولديه دوافع فسيولوجية أولية، وعن طريق التعلم يكتسب دوافع جديدة ثانوية اجتماعية تمثل أهم حاجاته النفسية وقد يكون تعلمها غير سوي يرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقاً.

المفاهيم الأساسية للنظرية السلوكية

1. **الشخصية:** هي التنظيمات أو الأساليب المتعلمة الثابتة نسبياً التي تميز الفرد عن غيره من الأفراد.
2. **السلوك المتعلم:** بمعنى أن كل السلوكيات التي تسلكها العضوية بغض النظر عن سوائها أو شذوذها فهي متعلمة بالتفاعل مع البيئة.
3. **الدافع:** طاقة قوية بدرجة كافية تدفع الفرد أو تحركه إلى السلوك، وقد يكون الدافع أولياً (الجوع) أو ثانويا متعلماً (الخوف).
4. **المثير والاستجابة:** وتقول النظرية بأنه لابد لكل من مثير استجابة مناسبة له، فإذا كانت العلاقة بين المثير والاستجابة سليمة كان السلوك سوياً، وإذا كانت العلاقة بينهما غير سوية كان السلوك غير سوي.
5. **التعزيز:** وهو التقوية والتدعيم والإثابة والتثبت، وقد يكون التعزيز إثابة أولية مثل إشباع دافع فسيولوجي، أو قد يكون تعزيزاً ثانوياً مثل زوال الخوف، ويؤدي التعزيز إلى تدعيم السلوك، ويدفع الإنسان لتكرار ذلك السلوك.

6. **التعميم:** نزوع الفرد إلى تعميم الاستجابة المتعلقة على استجابات أخرى تشبه الاستجابة المتعلمة.

7. **الانطفاء:** وهو إيقاف التعزيز عن سلوك ما، مما يؤدي مع مرور الزمن وعدم التعزيز إلى تلاشي واختفاء ذلك السلوك وهو أيضاً ضعف من خمود السلوك المتعلم إذا لم يتم تعزيزه، أو إذا ارتبط شرطياً بالعقاب بدل الثواب.

8. **العادة:** وهي رابطة وثيقة تتكون بين مثير معين واستجابة معينة نتيجة لتكرار حدوثهما بنفس الشكل ولفترة زمنية طويلة.

وما توصلت إليه النظرية السلوكية، أن الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليقلل من درجة توتره وقلقه ومن شدة الدافعية لديه، وبالتالي تكون ارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية ولكن تلك الارتباطات الشرطية حدثت بشكل خاطئ وبشكل مرضي.

فالمعالج ما عليه إلا أن يطفئ هذا المنعكس الشرطي- المرضي- وأن يقوم بتعليم الفرد منعكسات وارتباطات شرطية جديدة وسوية مكان تلك الارتباطات المرضية.

وكل ما تركز عليه النظرية السلوكية هو السلوك كيف يتم تعلمه وكيف يتم تغيير، وتعديله، وهو بحد ذاته محور اهتمام المعالجين للاضطرابات السلوكية بمعنى أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين النظرية السلوكية وبين فهم الاضطرابات السلوكية وعلاجها. وقد جاء في قاموس التحليل النفسي النقدي تعريف للعلاج السلوكي يؤكد على ما ذكرناه سابقاً وهذا التعريف ينص على أن العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج النفسي يعتمد على نظرية التعلم، ويفترض هذا الاتجاه من العلاج أن الأعراض العصابية هي حصيلة تعلم خاطئ تم عن طريق الاشراط Conditioning وهذا النوع من العلاج يهدف إلى إزالة الأعراض العصابية عن طريق عملية فك الاشراط ثم إعادة الإشراط بشكله الصحيح.

نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theory

تركز نظرية التحليل النفسي على ضرورة تحليل ديناميات الشخصية من أجل التعرف على الخبرات اللاشعورية، كون أن مثل هذه النظرية تمثل وتشكل الاندفاعات اللاشعورية للسلوك. وترى هذه النظرية أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية منها قد ترتبط بجملة أسباب مثل الأزمات والصدمات النفسية والعلاقات السيئة مع الوالدين وعدم إشباع

الحاجات والتعرض إلى العقاب والتهديد والإهمال من قبل الآخرين ولاسيما الوالدين أو بسبب عوامل التكوين البيولوجي.

ولقد عرفت الشخصية بأنها عبارة عن مجموعة قوى من الدوافع والعمليات النفسية المتغيرة والقوى اللاشعورية التي تحرك السلوك. ويرى أن السلوك هو نتاج تفاعل مجموعة من القوى اللاشعورية والدوافع حيث تعبر الشخصية عن ذاتها في نوعين من السلوك هما:

1. السلوك الظاهر ويتمثل في الأفعال والأقوال والإيماءات الظاهرة.
2. السلوك الضمني ويتمثل في الاستجابات غير الظاهرة التي تعبر عن أغوار الشخصية.

وتعتمد نظرية التحليل النفسي على بعدين مهمين هما:

1. مكونات الشخصية (مكونات الجهاز النفسي).
2. مستويات الحياة النفسية.

مكونات الشخصية

يرى فرويد أن الشخصية الإنسانية تتألف من ثلاثة أنظمة نفسية تتنافس فيما بينها للحصول على الطاقة النفسية وهي:

1. **الهو (ID)**: هو منبع الطاقة الحيوية والنفسية ومستودع الغرائز والدوافع الفطرية التي تسعى إلى الإشباع في أية صورة وبأي ثمن، وهو الصورة البدائية للشخصية قبل أن يتم تهذيبها من خلال معايير المجتمع.
2. **الأنا (EGO)**: هو مركز الشعور والإدراك الحي الداخلي والخارجي والعمليات العقلية والمشرف على الحركة والإرادة والمسئول بالدفاع عن الشخصية وتوافقها.
3. **الأنا الأعلى (Super EGO)**: هو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية، ويعتبر بمثابة سلطة داخلية أو رقيب نفسي، ويعمل باستمرار على كبح جماح مطالب الهو ومنعها من إشباع دوافعها.

ويؤكد فرويد على أن المكونات الثلاثة للشخصية ليست مستقلة عن بعضها البعض، ولكنها متفاعلة ومتداخلة معاً وتتنافس فيما بينها على الطاقة النفسية أثناء مرور الفرد في المراحل النمائية المختلفة.(كالفن س .هول،1988: 61:60)

مستويات الحياة النفسية

تتكون الحياة النفسية حسب وجهة نظر فرويد من ثلاثة مستويات هي:

1. **الشعور:** ويمثل الجانب الشعوري من شخصية الفرد، وفيه تقع كل الخبرات والمعارف والإدراكات والرغبات التي يكون الفرد على وعي تام بها والتي يسهل عليه تذكرها واسترجاعها. ومثل هذا الجانب لا يمثل إلا جزءاً صغيراً من الحياة النفسية للفرد، وهو يخضع لعوامل الزمان والمكان والواقع والمبادئ والأخلاق.
2. **ما قبل الشعور:** وفيه تقع الأفكار والرغبات والذكريات التي تكون قريبة من حيز الشعور، بحيث تصبح شعورية عند الحاجة، حيث يقلل من الجهد ويستطيع الإنسان تذكرها واسترجاعها.
3. **اللاشعور:** يمثل العمليات النفسية التي لا يكون الفرد على وعي تام بها، وفيه تقع الرغبات المكبوتة التي ترتبط بدوافع الجنس والعدوان بالإضافة إلى الأفكار والذكريات والأحداث والخبرات الانفعالية المؤلمة التي مر بها الفرد في طفولته وبقيت دفينة لا تستطيع الدخول إلى حيز الشعور.

ويحتوي اللاشعور على كتلة ضخمة من الحوادث النفسية المختلفة التي لا يحيط بها التركيب الشعوري، ولا تكون تحت تصرف الشعور المباشر، وهذا لا يعني خمول تلك المكونات (الخبرات والحوادث النفسية) وعدم تأثيرها على حياة الفرد وإنما لها أكبر الأثر في تشكيل شخصية الفرد وسوائه أو شذوذه من خلال أثرها غير الواضح على سلوك الأفراد الشعوري، بمعنى أن يكون تأثير اللاشعور كبيراً في حياة الفرد ويكون باستطاعة مكنوناته أن تغير أفكار الشخص وعواطفه تغييراً واسعاً دون أن يكون الفرد على وعي بها، وباستطاعتها كذلك أن تغير حتى في بعض أوضاع جسمه. (محمد قاسم عبدالله، 2001)

تعتمد نظرية التحليل النفسي على خمس مراحل متلاحقة من النمو النفسي- جنسي والتي تبدأ مع الميلاد وهذه المراحل هي:

1. المرحلة الفمية: Oral Stage.
2. المرحلة الشرجية: Anal Stage.
3. المرحلة الذكرية: Phallic Stage.
4. مرحلة الكمون: Latency Stage.
5. المرحلة التناسلية: Genital Stage.

لقد جهت إلى هذه النظرية انتقادات كثيرة، منها انتقادات عديدة من قبل علماء النفس التحليليين أمثال (كارل يونج)، (آدلر)، (اريكسون) وغيرهم. حيث شكك هؤلاء بمصداقية وجود الرغبات الجنسية لدى الأطفال، كما أنهم انتقدوا نظرية فرويد من حيث المبالغة في تأكيده على الجوانب البيولوجية في بناء الشخصية ودور كل من اللاشعور وخبرات الطفولة المبكرة في تحديد ملامح الشخصية المستقبلية للفرد.

ويرى هؤلاء العلماء أن نمو الشخصية الإنسانية يعتمد على عوامل أخرى تتمثل في مجموعة العوامل الثقافية والاجتماعية. فيرى (آدلر) أن الاهتمام الاجتماعي فطري الطابع، حيث يميل الإنسان بطبيعته إلى الانغماس في العلاقات الاجتماعية مدفوعاً بدوافع إيجابية تتمثل في الحب والتعاون والاهتمام والتقبل والتعاطف. ويرى أن الأفراد يندفعون إلى العلاقات الاجتماعية لأنها تساهم في تشكيل شخصياتهم وتساعدهم على تحقيق التفوق وتعويض مشاعر النقص لديهم (أي الاضطرابات السلوكية).

نظرية إريكسون النفسية الاجتماعية

يرى إريكسون أن هناك خصائص للشخصية السليمة المتوافقة هي:

- السيطرة الفعالة الإيجابية على البيئة.
- إظهار قدر من وحدة الشخصية.
- القدرة على إدراك الذات والعالم إدراكاً صحيحاً.

والنمو الوجداني عند إريكسون هو التحسن التدريجي لهذه الخصائص في مراحل متتابعة من التمايز المتزايد التعقيد، والنمو الانفعالي الوجداني بناء على هذه الخصائص يؤدي إلى ظهور وتبلور الهوية الشخصية والتي لها مظهران رئيسيان هما:

الأول: التمركز في العالم الداخلي للفرد (معرفة الذات وتقبلها).

الثاني: التمركز في العالم الخارجي (معرفة وتقمص مثل وقيم عليا جوهرية في ثقافة المجتمع) وهكذا في إحراز الهوية ينشأ وينمو من خلال تفاعل الفرد مع بيئته الاجتماعية والثقافية.

والمراحل النهائية كما حددها إريكسون متكاملة فكل مرحلة جديدة لديها مهمة ثانوية هي التكامل مع المهام السابقة لإخراج مستوى جديد للنشاط الإنساني.(هنري ومايز،1992)

وفيما يلي عرض لمراحل النمو النفسي كما تصورها إريكسون:

يمكن اعتبار كل مرحلة أزمة رأسية تنتهي بحل نفسي اجتماعي فردي وأزمة أفقية تتطلب حلاً مرضياً، على المستويين الفردي والاجتماعي لمشكلة القوى الدافعة، وتشمل كلاً من الطفولة المبكرة، والطفولة المتوسطة والمتأخرة، والمراهقة.

والمراحل الخمس الأولى:

1. حاسة الثقة الأساسية.
2. حاسة الاستقلال الذاتي.
3. حاسة المبادأة.
4. حاسة الاجتهاد.
5. حاسة الذاتية.

أما مراحل البلوغ الثلاث فهي:

1. حاسة الألفة.
2. حاسة الإنتاج.
3. حاسة التكامل.

ويرى إريكسون أنّ هدف النمو هو تنمية شخصية تتوافق والواقع الاجتماعي وفي هذا ما يؤكد دور المجتمع والعلاقات بين الأفراد، وفي هذا ما يخالف رأي فرويد الذي أشار إلى إيجاد شخصية تتوافق مع ذاتها، ويرى إريكسون أن نمو الشخصية يتم وفق خطوات مسبقة تتم على أساس استعداد الكائن الحي للتعرف على المجتمع المحيط به والتفاعل معه، وحيث يسير النمو في مراحل تتصاعد فيها المشكلات والصراعات التي تتم بين حاجات الفرد والمتطلبات الاجتماعية، وإن الفشل في أحد هذه الأنماط الصراعية قد يؤدي إلى اضطرابات نفسية قد تأخذ أشكالاً اجتماعية.

فعلى سبيل المثال في المرحلة العمرية الأولى يواجه الطفل أزمة تعلم الثقة مقابل عدم الثقة بالآخرين وهنا يتوقف نموه على مدى تقدم الحب والرعاية والحنان والغذاء من قبل الآخرين ولاسيما الأم، وإن عدم تلبية مثل هذه المطالب يخلق لديه أزمة عدم الثقة بالآخرين والتي تستمر معه طوال حياته وتتولد عنها العديد من الاضطرابات السلوكية والنفسية.

مقارنة بين الاتجاه السلوكي والاتجاه التحليلي في نظريتهما إلى الاضطرابات السلوكية

الاتجاه السلوكي	الاتجاه التحليلي
1. يرتكز على أسس نظرية علمية قابلة للتجريب.	1. يرتكز على أسس نظرية لم تثبت علمياً وطبق سريرياً دون وضعها تحت الدراسة المحكمة.
2. تعتبر الأعراض المرضية العصابية عبارة عن أفعال منعكسة شرطية اكتسبت بصورة فردية في ظروف خاصة.	2. تعتبر الأعراض ظواهر لصراعات لا شعورية عميقة تشير إلى الكبت.
3. تعتمد الأعراض على درجة استعداد الفرد البيولوجية والفسيولوجية في جهاز لعصبي (السمبثاوي والباراسمبثاوي) وتكوينه للفعل المنعكس الشرطي.	3. تعتمد الأعراض العصابية على اختلاف الحيل الدفاعية النفسية اللاشعورية أي الحيل الدفاعية التي تكمن خلفها مكبوتات اللاشعورية التي تظهر بشكل أعراض عصابية.
4. الشفاء يتم بمعالجة الأعراض فقط وإطفاء الأفعال المنعكسة الشرطية المرضية وبعلاج الأعراض يشفى المريض.	4. الشفاء يتم بمعرفة ديناميكية اللاشعور وليس بعلاج الأعراض وعلاج الأعراض لا يؤدي إلى شفاء المريض.
5. تفسير الأعراض والأحلام والرموز لا أهمية له.	5. تفسير الأعراض والأحلام والرموز من أهم وسائل العلاج.
6. العلاقة بين المريض والمعالج مفيدة ولكنها غير أساسية.	6. العلاقة بين المريض والمعالج وعملية التجاوب الوجداني ضرورية لنمو العلاج.
7. المعالج لديه قدرة على ضبط خطة العلاج والتحكم بها وتعديلها تبعاً لخطوات العلاج والشفاء.	7. المعالج ينتظر استجابة المريض وأفكاره وذكرياته حتى يتم شفاؤه.
8. يحكم المعالج عدد مرات تعريض المريض للمثيرات المطلوبة وتكرارها حسب حالة المريض وبإمكان المعالج تقوية وتعزيز وتكرار المثير المفيد وحذف المثيرات الضارة.	8. لا يتحكم المعالج إلا في الجلسات العلاجية التي يمارسها مع المريض.
9. يعتمد على قوانين التعلم الثابتة وعلى الأسس الفسيولوجية العصبية لذلك يعتبر علاجاً موضوعياً.	9. يعتمد على خبرات المعالج الذاتية وعلى تأويلاته الشخصية وخبراته لذا فهو منهج ذاتي غير موضوعي.

الاتجاه السلوكي	الاتجاه التحليلي
10. تصل نسبة الشفاء أحياناً إلى (90%) تقريباً.	10. ليست له هذه الفاعلية القوية في الشفاء.
11. لا يحتاج إلى وقت طويل وتكلفة وجهد.	11. قد يستمر العلاج لعدة سنوات ويحتاج المريض إلى عدة جلسات وإلى نفقات مادية باهظة.
12. بدأ هذا الاتجاه من النظريات والمبادئ وانتهى إلى التجريب.	12. بدأ هذا الاتجاه من التجريب وانتهى إلى وضع مبادئ ونظريات.
13. لا يزال هذا الاتجاه في طور الإعداد والتكوين والنمو.	13. العلاج التحليلي قديم ومناهجه مستقرة ومعروفة وكذلك طرقه وأساليبه.

النظرية البيوفسيولوجية Biophysiological Theory

لقد أوضح كل من Kirk & Gallager أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها الأفراد ذات منشأ بيولوجي- فسيولوجي حيث يولدون ولديهم الاستعداد لذلك فالاضطرابات السلوكية والانفعالية حسب هذه النظرية تعود في أسبابها إلى عوامل عصبية أو جينية أو بيوكيميائية أو فسيولوجية.

1. العوامل البيوكيميائية Biocchemical Factors

يعد التوازن الكيميائي في جسم الإنسان من العوامل المهمة في السلوك نظراً لدوره في التحكم في عمليات النمو من جهة وتنظيم عمليات البناء والهدم، أو ما يعرف بعملية التمثيل الغذائي من جهة أخرى.

إن الاختلال في التوازن الكيميائي للدماغ يؤدي إلى أشكال اضطراب السلوك لدى الفرد بما ينتج عنه خلل في عملية التوصيل بين الخلايا العصبية، فمن المعروف أن التوصيل العصبي بين الخلايا العصبية يتم من خلال النواقل العصبية، وهي مواد كيميائية، فعند حدوث أي اضطراب في كيمياء الدماغ فإن ذلك يؤدي إلى سوء الأداء الوظيفي للدماغ الأمر الذي يتسبب في الاختلال السلوكي أو النفسي.

إن الاختلال في كمية النواقل العصبية من حيث الزيادة والنقصان يرتبط إلى درجة كبيرة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الفرد، فعلى سبيل المثال يؤثر الناقل العصبي المعروف باسم الاستيل كولين في عمليات التعلم، والانتباه والتذكر، في حين يرتبط الناقل العصبي السيروتين بالاضطرابات مثل الانتباه، والعدوان، والعنف، الاستحواذية.

أما الدوبامين فيرتبط بالأنشطة الحركية وعمليات التعلم، أما النورنفرين فيلعب دوراً بارزاً في تنظيم المزاج والسلوك الانفعالي للفرد، أما الناقل العصبي (جابا) فيؤثر في أعراض القلق والصراع والرهاب. (Danis & Palladino, 2004).

أما الخلل في إفرازات الغدد فيعكس ذلك سلباً في النمو للأفراد، وفي أدائهم النفسي والسلوكي، فحالات التهيج وسرعة الاستثارة واضطرابات الإدراك تحدث بسبب نقص هرمون الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس، أما هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية فإنه يسبب الخوف، والقلق والغضب، والميل إلى المهاجمة والانسحاب أما هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية فيسبب حالات التبلد والميل إلى الكسل وتدهور الذاكرة.

2. العوامل العصبية Neural Factors

الجهاز المركزي العصبي CNS للإنسان يتكون من بلايين الخلايا العصبية التي يوجد أكثرها في الدماغ، ويعمل الدماغ على تخطيط وتنفيذ ومراقبة معظم الأنشطة الإنسانية الفسيولوجية والفكرية والانفعالية والحركية واللغوية، حيث يعمل على التنسيق بين عمل الخلايا العصبية المستقبلية للأحاسيس والخلايا العصبية المستجيبة، ويكون أداء الدماغ في أعلى مستوياته عندما يتكامل عمل الخلايا العصبية معاً وتنشط في تشكيل الممرات العصبية فيما بينها.

إن الخلل في وظائف الخلايا العصبية لبعض مناطق الدماغ أو تعرضها إلى بعض التلف أو الإصابة قد يتسبب في خلل في الأنماط السلوكية لدى الأفراد، والتي قد تتبدى في بعض أشكال الاضطرابات السلوكية. فعلى سبيل المثال، التلف البسيط في خلايا القشرة الدماغية أو الاختلال في الأداء العصبي قد يؤدي إلى الاضطراب السلوكي المعروف بالنشاط الزائد والتشتت في الانتباه، في حين أن التلف الشديد قد يتسبب في حدوث الإعاقة العقلية والحركية (Quay, et al. 1987).

3. الوراثة Heridity

قد تقف العوامل الجينية وراء حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى بعض الأفراد أو اعتماداً على نوعية الجينات التي تنتقل إليهم من الوالدين، ولقد أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم المتماثلة على تأكيد دور العوامل الوراثية في التسبب في الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد.

فقد أثبتت الدراسات والأبحاث أن فصام الطفولة والخلل الدماغي والشيزوفرنيا وبعض الاضطرابات الأخرى تنتقل بالموروثات (الخلايا الجينية) نتيجة خلل في الأداء الوظيفي لهذه الخلايا. كما وجد أن السلوك الإجرامي والعدواني يرتبط إلى درجة كبيرة بوجود جين ذكري زائد Y لدى الأفراد.

وقد أظهرت نتائج الدراسات أن التركيب الجيني (XYY) يظهر لدى البعض من الجانحين ومرتكبي الجرائم، وأظهرت دراسات أخرى وجود استعداد وراثي لدى البعض من الأفراد لتطوير مشاعر الاكتئاب وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى.

النظرية البيئية Ecological Theory

تبين النظرية البيئية أن نوعية التفاعل للفرد مع البيئة، وما توفره البيئة له من خبرات هي التي تحدد الأنماط السلوكية لديه.

تدرس هذه النظرية آثار العوامل البيئية المادية والاجتماعية ونمط العلاقات المتبادلة بين الأفراد وبيئتهم في أنماط السلوك والقرارات الشخصية والمهنية.

وترى أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية ما هي إلا نتاج للخبرات البيئية غير المناسبة التي يتعرض لها الفرد أثناء نموه، وما يترتب عليها من اختلال في طبيعة العلاقة القائمة بينه وبين بيئته.

وفي هذا الصدد يرى هارنج وفيليب (Horing & Philps) أن السلوك المضطرب هو نتاج العلاقة غير المتزنة بين الفرد وبيئته والممثلة بالأحداث المادية والرفاق والوالدين والمدرسين.

ولقد أوضحت كثير من الدراسات النفسية والتربوية والاجتماعية والتي أجريت في مختلف البيئات والمجتمعات أن شخصية الأفراد وخصائصهم النمائية تتوقف على درجة كبيرة على نوعية الخبرات التي توفرها لأفرادها. فحسب وجهة نظر هذه النظرية فإن الفرد ليس مستقلاً أو منفصلاً عن بيئته، فهو يتأثر بكل ما هو موجود فيها بمطالبها ومشكلاتها التي تفرض عليه بالتالي أنماطاً معينة من السلوك حيث يطور الفرد فلسفته الشخصية تجاه البيئة والآخرين تبعاً لنوعية الخبرات والمعطيات والمشكلات التي يواجهها في البيئة.

فالبيئة السليمة التي توفر خبرات معتدلة ومتوازنة وإيجابية تساهم في النمو السليم للفرد وتساعده بالتالي في تطوير الأنماط السلوكية التكيفية في حين تساهم البيئات المضطربة

التي توفر فرصاً وخبرات سيئة في توليد الاضطرابات السلوكية والانفعالية (Swanson, 1984)، وتشمل البيئة كل ما يحيط الفرد ويتفاعل معه من مثيرات مادية فيزيائية محسوسة ومؤثرات ومواقف اجتماعية.

وتنطلق النظرية البيئية في تفسيرها للاضطرابات السلوكية والانفعالية من عدة افتراضات هي:

أولاً: الاضطرابات السلوكية والانفعالية لا تمثل حالات مرضية بحد ذاتها وإنما هي مجرد مظاهر لحالات عدم التوازن بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها.

ثانياً: الفرد ليس مستقلاً أو منفصلاً عن البيئة التي يعيش فيها ويتفاعل مع عناصرها، فهو يمثل عنصراً في أنظمة اجتماعية متباينة من حيث ديناميتها تبدأ بالأسرة ومروراً بجماعات الرفاق والأصدقاء وزملاء العمل.

ثالثاً: قد ينشأ الاضطراب السلوكي أو الانفعالي لدى الفرد كنتاج لعدم توافق أو تكافؤ قدراته وتوقعاته مع مطالب المجتمع ومشكلاته.

وتتمثل العوامل البيئية التي تقف وراء الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الفرد في:

1. العوامل الحضارية والثقافية

تلعب المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي تعاني منها المجتمعات دوراً في ذلك، مثل العادات والتقاليد والطقوس والقيم والتحديات والطموحات التاريخية والمعايير الثقافية والتي تساهم إلى درجة كبيرة في حدوث الاضطرابات لدى الأفراد واختلال الصحة النفسية لديهم. فالمجتمعات المتشددة في معاييرها والتي تسود فيها أنماطاً وقوالب جامدة غير مرنة من قواعد السلوك بالإضافة إلى أنها تفرض على أفرادها حجماً كبيراً من التوقعات تساهم بلا شك في توليد الاضطرابات السلوكية لديهم، كما تلعب المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي تعاني منها المجتمعات دوراً في ذلك، حيث تزداد المطالب المتعلقة بظروف العمل والسكن وتوفير الخدمات، مما يزيد من حجم الضغط لدى الأفراد. من جهة أخرى، قد تنشأ الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد كنتاج للتطور الحضاري والثقافي السريع والذي يتطلب منهم مجاراة مثل هذا التطور، بحيث يزداد حجم الأعباء والمسئوليات عليهم. نظراً لعدم توفر الوقت للراحة والاسترخاء وممارسة الهوايات، والاستغراق في العلاقات الاجتماعية ورعاية أفراد الأسرة أو لعدم توفير الإمكانيات المادية المتزايدة استجابة لمطالب هذا التطور. (محمد قاسم عبد الله، 2001).

2. عوامل التنشئة الاجتماعية Socialization Factors

تتمثل عوامل التنشئة الاجتماعية في الأسرة والمدرسة والمؤسسات الأخرى التعليمية والدينية والثقافية حيث تلعب دوراً في عمليات التطبيع الاجتماعي وذلك بما تمارسه من أساليب الرعاية وبما توفره من خبرات لأفرادها.

أ. الأسرة: Family: إن الأسرة هي أول وكالات التطبيع الاجتماعي، حيث ينشأ الطفل في ظلها ورعايتها وقيمها ومبادئها، وللروابط بين الوالدين أهمية خاصة في تكوين الأبناء، فتعاون الوالدين واتفاقهما والاحتفاظ بكيان الأسرة، يخلق جواً هادئاً ينشأ فيه الطفل نشوءاً متزناً، يجد من يرعاه ويعلمه ما هو صواب وما هو خطأ، وليس هذا فحسب، بل يكتسب الطفل معايير وسلوكيات أبوية من قيم ومبادئ وأخلاق. وعندما يكون هناك اتزان في عائلة ما يترتب عليه غالباً إعطاء الطفل ثقة في نفسه وثقة في العالم الذي يتفاعل معه بعد ذلك، فالأسرة توفر عوامل الحب والحماية والرعاية والأمان والدفء وأيضاً توفر الخبرات المعرفية والاجتماعية والانفعالية واللغوية والأخلاقية للأفراد.

ويمثل الآباء نماذج للسلوك الخلقي عند الأبناء، ففي سياق العلاقات بين الآباء والأبناء، يدرك الأطفال في الوالدين خصائص وممارسات معينة، قوامها ما يوفرانه للطفل من دفء عاطفي من خلال رعايتهما له، ويجد الطفل في تقليد النماذج السلوكية لوالديه مصدراً من مصادر الإثابة للسلوك الذي يدرك أنه يلقى استحساناً من الوالدين، وفي سياق العلاقات بين الآباء والأبناء يدرك الطفل ما يتميز به الوالدان من قوة واقتدار قياساً إلى عجزه بالنسبة لهما، وبذلك يكتسب الكثير من أنماطه السلوكية وخصائصه الشخصية وقيمه الأخلاقية كنتيجة للتعلم الاجتماعي والإثابة في الأسرة.

وقد تنشأ الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال كنتاج لنوعية الخبرات التي يتعرضون لها وأنواع التفاعلات السائدة في الأسرة، وإن وجود الخلافات الزوجية أو التشدد في أساليب التربية والتدريب أو التساهل والإهمال أو الحرمان بسبب الظروف الاقتصادية وانشغال الوالدين عن الأبناء واضطراب العلاقات بين أفراد الأسرة ينعكس سلباً في بناء شخصياتهم، وهذا يؤدي بدوره إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

ب. المدرسة: School: مؤسسة أنشأها المجتمع لتمارس وظائف معينة للحفاظ على الاستمرار السليم للمجتمع والإعلاء من شأنه وتقدمه، والنظام التعليمي الذي لا يعترف بأن هذه الحقيقة تتضمن مسؤولية أخلاقية هو نظام قاصر ومهمل في أدائه لواجباته، ولا يقوم بما عهد به إليه وما وجد من أجله. وللمدرسة لها دور مؤثر على السلوك الأخلاقي بجوانبه الثلاثة: المعرفية، الانفعالية، السلوكية ويتمثل المناخ المدرسي في العلاقات المختلفة القائمة بين جميع أفراد المجتمع في المدرسة وما يشمل هذا كله من تنظيمات مدرسية، وقد بات مشهوراً الآن أن المدرسة الحديثة لم تعد تركز اهتمامها على مجرد التلقين للمعلومات، وإنما تعمل على تحويل المعلومات والمفاهيم التي تقدمها للتلاميذ إلى سلوك وعادات تنفعهم في حياتهم الواقعية، فمن غير الممكن تعليم التلاميذ مفاهيم التعاون والإخاء والعدل والمساواة... الخ من خلال التلقين وإلا فقدت تلك المفاهيم حساسيتها الاجتماعية.

فدور المدرسة بالنسبة لتنمية العلاقات الإنسانية ينقسم إلى عدة أدوار، فلها دور تربوي وقائي Protective Education، وذلك بدراسة طبيعة التلاميذ وحاجاتهم ونموهم بالنسبة للذات والآخرين، ودور آخر تقويمي أو علاجي Corrective Education عن طريق تعليم الصغار كيفية حل مشكلاتهم في إطار العلاقات الإنسانية الحسنة التي لابد وأن يروها في الواقع العملي، ورابع دور للمدرسة هو توثيق العلاقات بينها وبين مؤسسات المجتمع.

ومع أن بعض الأطفال يذهبون إلى المدرسة وهم يعانون من بعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية والتي كانت قد تشكلت عندهم سابقاً في الأسرة، فقد تسهم المدرسة إما في تفاقم مثل هذه الاضطرابات أو تخليص الأطفال منها.

ج. جماعة الأقران: Peer Relations: يبدو أن تأثير الأقران على نمو الطفل في سنوات المدرسة بالغ الأهمية، حيث ينزع الطفل إلى أن يكون عضواً في جماعة الأقران ويتوحد معها. وتحقق جماعة الأقران ثلاث وظائف تؤثر في شخصية الطفل وهي:

1. معظم جماعات الرفاق تنقل ثقافة المجتمع إلى الطفل بصفة عامة، فهذه الجماعات تعكس مجتمع الكبار وتدعم معظم معتقداته وقيمه وأنماط السلوك السائدة فيه.
2. غالباً ما يتعرض الطفل من الأقران لأحكام نافذة أو ساخرة لسلوكه غير المرغوب بالنسبة لجماعتهم، لذا كثيراً ما يكون لعالم الأقران تأثير تقويمي أو ترشيدي لسلوك الطفل.

3. تساعد جماعة الأقران على أن يحقق الفرد فيها الاستقلال الانفعالي وخاصة في مرحلة المراهقة.

والجماعة الأقران دور رئيسي في أن يتعلم الفرد في إطار تفاعله مع أقرانه بعض مهارات التعامل الاجتماعي مع الآخرين، وفي مقدمتها الإدراك والفهم الوجداني وتقدير مشاعرهم Empathy والتعاطف الوجداني معهم Sympathy وتوفر جماعة الأقران أساساً لتعلم الولاء الاجتماعي، فلما كانت جماعة الأقران هي أول جماعة اجتماعية يقابلها خارج الأسرة، فإنها تميل إلى أن تحدد اتجاهاته نحو الجماعات الاجتماعية بصفة عامة، وفي الواقع فإن تأثير جماعات الأقران على الأحكام الخلقية لدى الفرد وخاصة في مرحلة المراهقة بالغ الأهمية.

الفصل الرابع

أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية

- الكذب
- العناد
- الغضب
- العدوان
- السرقة
- مص الأصابع
- قضم الأظافر

الفصل الرابع

أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية

الكذب Lying

تعريف الكذب

- إذا تعمد الطفل قول الحقيقة أو حرف الكلام أو ابتدع ما لم يحدث مع المبالغة في نقل ما حدث أو اختلق وقائع لم تقع قيل أنه يتصف بسلوك، وهو سلوك مكتسب من البيئة التي يعيش فيها. (زكريا الشربيني، 2002، 17).
- الكذب نزعة خطيرة وسلوك اجتماعي غير سوي تنتج عنه كثير من المشكلات الاجتماعية، فضلاً عن أن تعود الطفل على الكذب يجعله ينشب كذاباً لا يحترم الصدق والأمانة... وقد تشغل هذه المشكلة بال كثير من الآباء والأمهات، في حين أن البعض لا يعير كذب أطفالهم أي اهتمام. (محمد عبد المؤمن، 1986، 101).
- فالكذب وقطبه الآخر الصدق سلوكان مكتسبان ولا يورثان شأنهما في ذلك شأن الأمانة، والكذب سلوك اجتماعي غير سوي يؤدي إلى (إن لم يكن ينتج) عديد من المشكلات الاجتماعية (عدم احترام الصدق، والخيانة) والكاذب يعتمد ذلك السلوك لتغطية الأخطاء والذنب أو حتى الجريمة كما هو الحال في الأحداث الجانحين، أو التخلص من العقاب، ويرتبط الكذب بالسرقة والغش، فخلف كل منهما تكمن الأمانة، نظراً لأن الكذب عدم أمانة في القول، والسرقة عدم أمانة في حقوق المجتمع وأفراده، والغش تزييف للواقع من قول أو فعل.
- ويعد الكذب صفة أو سلوكاً مكتسباً نتعلمه كما نتعلم الصدق وليس صفة فطرية أو سلوكاً موروثاً، وهو عرض ظاهري لدوافع وقوى نفسية تجيش في نفس الفرد سواء أكان طفلاً أو بالغاً، وقد يظهر الكذب بجانب الأعراض الأخرى كالسرقة أو شدة الحساسية والعصبية، أو الخوف... إلى غير ذلك من الأعراض. (ملاك جرجس، 1984، 70).

أشكال الكذب

الكذب عند الأطفال له أشكال مختلفة تختلف باختلاف الأسباب الدافعة إليه، ومن هذه الأشكال ما يلي:

1. **الكذب الخيالي Fantastic Lies**: يسمى هذا النوع بالكذب الخيالي، حيث ينسج الأطفال بسعة خيالهم قصصاً ومواقف ليس لها أي أساس من الواقع، ومما يريح نفوس الآباء والمدرسين أن هذا ليس إلا نوع من أنواع اللعب يتسلى به الأطفال. وعند اكتشاف هذه القوة الخيالية الرائعة يحسن توجيهها والاستفادة منها. وإذا لم تتح للطفل فرصة توجيه هذه الملكة وإنمائها، فلا داعي للقلق والاهتمام بهذا النوع من الكذب، فالزمن وحده كفيل بذلك.
2. **الكذب الالتباسي Confessional Lies**: وسببه أن الطفل لا يمكنه التمييز عادة بين ما يراه حقيقة واقعة وما يدركه واضحاً في مخيلته. فكثيراً ما يسمع الطفل حكاية خرافية، أو قصة واقعية، وسرعان ما تملك عليه مشاعره، وتسمعه في اليوم التالي يتحدث عنه كأنها وقعت له بالفعل. هذا النوع من الكذب يزول عادة من تلقاء نفسه إذا كبر الطفل ووصل عقله إلى مستوى يمكنه فيه أن يدرك الفرق بين الحقيقة والخيال.
3. **الكذب الادعائي Lies of Exaggeration**: ومن أمثلته أن يبالغ الطفل في وصف تجاربه الخاصة، ليحدث لذة ونشوة عند سامعيه، وليجعل نفسه مركز إعجاب وتعظيم، وليحقق كل من هذين الغرضين يشبع النزوع للسيطرة، فهذا الكذب الموجه عادة لتعظيم الذات وجعلها مركز الانتباه والإعجاب، وينشأ عادة من شعور الطفل بنقصه، وتعظيم الذات عن طريق الكذب، طريقة لتغطية هذا الشعور بالنقص.
4. **الكذب الغرضي أو الأناني**: وقد يكذب الطفل رغبة في تحقيق غرض شخصي، ويسمى هذا النوع بالكذب الغرضي أو الكذب الأناني.
5. **الكذب الانتقامي**: وفي أحيان كثيرة يكذب الأطفال ليتهموا غيرهم باتهامات يترتب عليها عقابهم أو سوء سمعتهم، أو ما يشابه ذلك من أنواع الانتقام، ويحدث هذا كثيراً عند الطفل الذي يشعر بالغيرة من طفل آخر مثلاً، أو عند الطفل الذي يعيش في جو لا يشعر فيه بالمساواة في المعاملة بينه وبين غيره.
6. **الكذب الدفاعي**: من أكثر أنواع الكذب شيوعاً الكذب الدفاعي أو الكذب الوقائي، فيكذب الطفل خوفاً مما قد يقع عليه من عقوبة. ويظهر أن سبب الكذب هنا هو أن

معاملتنا لنطفل إزاء بعض ذنوبه تكون خارجة عن الحد المعقول، وقد يكذب ليحتفظ لنفسه بامتياز خاص لأنه إن قال الصدق ضاع منه هذا الامتياز.

7. **كذب التقليد Imitation Lies**: كثيراً ما يكذب الطفل تقليداً لوالديه، ولمن حوله. إذ يلاحظ في حالات كثيرة أن الوالدين نفسيهما يكذب الواحد منهما على الآخر مثلاً فتتكون في الأولاد خصلة الكذب، فمثلاً عندما يدق جرس التليفون ويسأل عن والد الطفل فيقول الوالد لابنه (قل إنني غير موجود) هذا نموذج للكذب.

8. **الكذب العنادي**: وأحيانا يكذب الطفل لمجرد السرور الناشئ من تحدي السلطة، وخصوصاً إن كانت شديدة الرقابة والضغط قليلة الحنو.

9. **الكذب المرضي أو المزمن Pathological Lies or Mythomania**: وأحياناً يصل الكذب عند الشخص إلى حد أنه يكثر منه، ويصدر عنه أحياناً على الرغم من إرادته. وهذا نلاحظه في حالة الكذب الإدعائي، لأن الشعور بالنقص يكون مكبوتاً، ويصبح الدافع للكذب دافعاً لا شعورياً، خارجاً عن إرادة الشخص، وحالات الكذب المزمن معروفة في كل زمان ومكان. (عبد العزيز القوصي، 1980).

أسباب الكذب

يكمن خلف الكذب عدد من العوامل والأسباب التي تدفع الطفل إلى الكذب منها:

1. **التنشئة الاجتماعية**: يولد الطفل وتتلقفه الأسرة إذ تحوله من كائن حي بيولوجي إلى كائن حي اجتماعي، فيتعلم من البيئة التي يعيش فيها الصدق أو الكذب. والقدوة الحسنة هنا لها أهميتها، والقدوة غير الحسنة تلقي بظلالها على سلوكيات الأبناء. فإذا نشأ الطفل في بيئة يراعي فيها الكبار الصدق في أقوالهم وأفعالهم ويحترمون الحق والوفاء بالوعد نشأ الطفل على الصدق. فمشاهدة الصغير للكبار عند ممارستهم أسلوب الكذب في تعاملاتهم اليومية يعد من المصادر الفعالة في الممارسة ودعم ذلك السلوك لديه، وعندما يجد الطفل أحد الوالدين أو الأخوة الكبار مثلاً يتغيب عن العمل ويدعي لرئيسة في العمل أنه كان مريضاً، كل ذلك يجعل الطفل يتخذ من مثل هذه التصرفات السلوكية لمعالجة بعض المواقف.

2. **التفكك الأسري**: عندما يصل الحد في الأسرة إلى النزاع بين الزوج وزوجته ينعكس هذا بدوره على الأطفال، أو إذا اشترك الطفل في خداع الأبوين أحدهما للآخر بأن يطلب إليه ألا يخبر امه بأمر ما أو لا يخبر أباه بذلك. وكذلك قد يؤدي انفصال الوالدين إلى أن

يعيش الطفل في جو أسري جديد أو مع والد أو أم جديدة لها أساليبها في المعاملة؛ ويتخذ الطفل من كذبه وسيلة لمعالجة بعض الأمور، أو قسوة معاملة أحد الوالدين أو كليهما في معاملة الأبناء حينما تصدر منهم أخطاء، أو التفرقة في معاملة الأبناء، فقد يندفع الطفل الواقع عليه العقاب إلى الكذب افتراء على أخيه انتقاماً منه نظراً لشعوره بتمييز أحد الوالدين أو كليهما لهذا الأخ.

وعندما يعاقب الطفل من زوجة الأب أو زوج الأم بشدة العقاب فقد يلجأ إلى الكذب خوفاً من العقاب، لأن العقاب إذا كان مطرداً قاسياً لا يتناسب مع ما يتطلبه الموقف أدى ذلك إلى اتخاذ الكذب وسيلة للوقاية ولا يحقق الغرض من توقيعه، فيندفع كثير من الأطفال إلى اتخاذ الكذب كسلاح غريزي لوقاية أنفسهم من أساليب العقاب التي يعاملها له كل من زوجة الأب أو زوج الأم ومن أساليب عقابهم بطشاً لا عدلاً.

3. **الاستعداد للكذب:** يوجد لدى بعض الأطفال استعدادات خاصة تهيئهم للكذب- من ذلك:

- طلاقة اللسان ولباقة التعبير.
- الذكاء وخصوبة الخيال ونشاطه.
- الشعور بالنقص والدونية وعدم الثقة بالنفس.

مثل هذه الاستعدادات تنشط عند الطفل إذ نشأ في وسط يساعد الطفل على تكوين عادة الكذب... فمع تقليده لمن حوله ممن لا يقولون الصدق ويلجأون إلى الطرق الملتوية وافتعال المعاذير الواهية والكذب. فإن ذلك يدرب الطفل على الكذب منذ الصغر وتكون هذه الاستعدادات عاملاً في تمكين الطفل من نسج مواقف الكذب بطريقة محبوكة. (كلير فهيم: 1993، 214).

1. **عامل الهروب من العقوبة:** عندما تكون العقوبة المترتبة على الفعل الحقيقي مهددة لكيان الطفل ومهددة بفقد السند العاطفي، ومن ثم الأمن، يكون الملاذ هو الكذب، مثلما نرى أمام الممارسات التسلطية في بعض المدارس وأساليب المعاملة الوالدية السلبية.

2. **عامل التعزيز:** وينقسم إلى تعزيز مقصود من قبل الكبار مثلما يرتضي أحد الوالدين أو كلاهما تبريرات الطفل لبعض المواقف والأخطاء، وهو يعلم أنها كذب أو يدفعوه ليقول الكذب أمام المدرس أو المدرسة حتى لا يقع عليه العقاب، وهناك تعزيز غير

مقصود مثل تصديق الأب أو المدرس لقول الطفل مع عدم تحري الحقيقة حتى يمكن قبول العذر. (زكريا الشربيني، 2000، 17: 21).

ومن بين الأسباب العامة للكذب كما أوضحها شارلز شيفر، هوارد ميلمان (1989).

3. **الإنكار Denail:** طريقة لتجنب الذكريات المؤلمة وكذلك المشاعر والخيالات.
4. **التفاخر Ego-Bonsting:** التفاخر أو التباهي كي يحصل على الإعجاب أو الاهتمام.
5. **الولاء Loyalty:** يكذب الطفل كي يحمي أطفالاً آخرين.
6. **المكسب الشخصي Gain:** من أجل الحصول على مكاسب شخصية.
7. **صورة الذات Self-image:** يكون قد قيل للطفل مراراً بأنه كاذب حتى أصبح مقتنعاً بذلك.
8. **عدم الثقة Distrust:** اعتاد الأبوان أن لا يثقا بالطفل ولا يصدقانه عندما يخبرهما بالحقيقة، وبالتالي يفضل أن يكذب. (شارلز شيفر، هوارد ميلمان، 1989: 455).

علاج الكذب

الكذب ظاهرة سلوكية خطيرة تسترعي الانتباه والاهتمام على كافة الأصعدة ومن جميع الجهات المعنية لانعكاساتها الخطيرة على الأفراد والمجتمعات، ويمكن التقليل من هذه الظاهرة وعلاجها من خلال الأساليب والإجراءات التالية:

أولاً: البحث عن أسباب الكذب

خير وسيلة لعلاج أية مشكلة هو التعرف على الأسباب التي أدت إلى حدوثها وبالتالي فإنه لعلاج الكذب لدى الأطفال والمراهقين ينبغي تحديد الأسباب التي تدفعهم للكذب، وتقديم العلاج المناسب حسب طبيعة السبب. فإذا كان السبب في الكذب، على سبيل المثال هو تعويض النقص أو تدني مفهوم الذات لدى المراهقين عندها يجب تعزيز ثقة المراهق في نفسه ومساعدته على إدراك مظاهر القوة في شخصيته. أما إذا كان السبب هو الخوف من العقاب فيمكن التغيير في أساليب التعامل مع المراهق والابتعاد عن الأساليب التربوية التي تعتمد على النقد والتهديد والعقاب، ومن الأمثلة للبحث عن واقع الكذب.

1. هل الكذب للتفاخر والمباهاة؟
2. هل الكذب للإنكار ولرفض الذكريات و الخبرات المؤلمة؟
3. هل الكذب للدفاع عن النفس وتجنب العقاب؟

4. هل الكذب تعويض لمشاعر النقص والدونية؟
5. هل الكذب للشعور بالخوف وعدم الأمان؟
6. هل الكذب للغيرة والانتقام والحقد والعداء؟

ثانياً: القدوة الحسنة للطفل

إن البيئة هي الوسط الذي يعيش فيه الطفل متمثلة في الوالدين، الأخوة، جماعة الأقران، المدرسين، فعندما تكون هذه البيئة صالحة تتوفر فيها القدوة الحسنة والأفعال والسلوكيات الحميدة والفاضلة ينعكس ذلك بدوره على الطفل مما ينشأ في بيئة صالحة تحثه على الصدق وتنهى عن الكذب بأشكاله المختلفة. فيجب أن يعلم الآباء والمدرسون أن الأطفال يبحثون عن المثل الأعلى لهم في حياتهم متخذينه قدوة في سلوكه وأفعاله فإذا كانت تقع في الكذب فإن الطفل سيقلدها حتماً دون معرفة العوامل والأسباب التي دفعت لذلك.

ثالثاً: تنمية القيم الدينية والأخلاقية

إن غرس القيم الدينية والأخلاقية لدى الأبناء في المراحل العمرية المبكرة من شأنه، أن يساعدهم على بناء نظام قيمي يوجه سلوكياتهم ويعمق لديهم الإحساس بأهمية وضرورة القيام بالسلوك بطرق مقبولة. وهذا يعني ضرورة التزام الآباء بقول الصدق دائماً أمام أبنائهم وأن يشكلوا نماذجاً صالحاً لأبنائهم، ويجب عليهم كذلك من خلال الوعظ والإرشاد والتوجيه التأكيد دائماً على أبنائهم قول الصدق. ويستطيع الآباء سرد القصص التي تبين مساوئ الكذب وما يترتب عليه من نتائج والتوضيح لأبنائهم مخاطر الكذب على الفرد والمجتمع ككل. (عماد الزغول: 2006، 198).

رابعاً: الإقلاع عن علاج الكذب بالعقاب

يجب على المربين الإقلاع عن علاج الكذب بالعقاب أو التشهير أو السخرية من الطفل أو لومه وتوبيخه لما لذلك من تأثير عكسي.

- فشدة العقاب تبلد الإحساس وتجعل الطفل يتعود عليه، وقد يصبح عدوانياً تجاه السلطة والمجتمع فاقد الثقة في نفسه، ويؤدي إلى زيادة توتره وشعوره بالإحباط والفشل، ويثبت السلوك غير السوي على عكس ما يرغب الكبار، وربما يفتعل الكذب ويتمادى فيه تحدياً لسلطة الكبار، وبالتالي لن يرتدع الطفل عن الكذب بالعقاب.
- العقوبة قد تنجح مؤقتاً في إرغام الطفل على الإقلاع عن العادة السيئة المراد التخلص منها ولكنها قد لا تنجح، وكثيراً ما قد تؤدي إلى اكتساب عادات أسوأ من الأولى:

كالغش والخداع والتحايل للإفلات من العقاب. وينبغي إثابة الطفل وتشجيعه كلما أحسن، وأن نقلل من العقوبة ولا نلجأ إليها إلا كآخر حل للموقف. (كثير فهيم: 1993، 228).

خامساً: استخدام المكافئات والحوافز

يساهم التعزيز بأنواعه المختلفة المادية والاجتماعية والرمزية في تقوية السلوك المرغوب فيه لدى الأطفال ويزيد من احتمالية تكراره لدى الأفراد وخصوصاً إذا كانت المكافآت والحوافز ذات قيمة وتأثير نفسي لديهم. ومن هنا، فإن تعزيز الطفل أو المراهق على سلوك قول الصدق بالمعزز المناسب يقوي مثل هذا السلوك لديه ويقلل من احتمالية سلوك الكذب لديه.

سادساً: التسامح

يجب إحاطة الطفل والمراهق بالحب والرعاية والاهتمام، وتعزيز ثقته بنفسه، ويفترض بالآباء إعطاء الأبناء قدراً من المسؤولية ومراقبة سلوكياتهم مع العمل على تجنب النقد والتهكم والسخرية والعقاب الشديد للأبناء ولاسيما أمام الآخرين. ويفضل على الآباء أن يستخدموا لغة التسامح مع أبنائهم خاصة في أول ظهور لسلوك الكذب لديهم، ويفضل ألا يتسرع الآباء بالحكم على الطفل قبل توفر الأدلة المادية والواقعية القاطعة على أنه ارتكب الكذب، وأن يفهم الآباء الظروف التي أحاطت بالطفل عندما اضطر إلى الكذب، فعدم الثقة في الطفل تدفعه إلى الكذب.

سابعاً: منح الطفل فرصاً لإثبات الذات وإشباع الحاجات

على الآباء توفير السبل أمام الطفل لتحقيق الذات وتقديرها وتوفير العوامل التي تؤدي إلى تحقيق وإشباع الحاجات النفسية، ومساعدته وتوجيهه نحو الأعمال المناسبة لقدراته وعدم تكليفه بما لا طاقة له به، وأن يمدح على نجاحه مهما كان صغيراً، وأن تتاح له فرص للمغامرة المعقولة والاستمتاع بحياة مشوقة فلا يعاني من الشعور بالنقص. ولا يلجأ إلى التعويض والمراوغة ولا يلجأ إلى اختلاق وتلفيق الأكاذيب.

وفي هذا الصدد ينبغي إشباع حاجة الطفل للتعبير عن ذاته وإتاحة الفرصة أمامه لتنمية قدراته الخيالية عن طريق الرسم والتصوير والتمثيل والألعاب العقلية وألعاب الفك والتركيب وغيرها من الأنشطة التي تتيح له فرصة لتصريف طاقاته في مجالات نافعة،

وامتصاص طاقاته الزائدة فيما يشبع خياله ويصرف شحناته الانفعالية المكبوتة بدلاً من تعريفها في اختلاق الأكاذيب والقصص غير الواقعية. (حسن مصطفى: 2003، 504).

العناد Obstinacy

تعريف العناد

يظهر عند الأطفال ما بين العام الثاني والخامس من العمر ويعتبر مظهراً لمقاومة الأوامر والنواهي من جانب الآباء، ويعتبر ظاهرة طبيعية تمر بسلام ابتداء من الخامسة وتزول تماماً في السادسة، ولكن إذا استمرت إلى ما بعد السادسة تعتبر وسيلة سلبية وليست صحية، فهذه الوسيلة (العناد) تدل على عدم توافق الطفل مع البيئة مع اكتسابه المهارات التي تعينه على التكيف السليم. (آمال باظه: 2002، 101).

- العناد ظاهرة مشهورة في سلوك بعض الأطفال، وفيه لا ينفذ الطفل ما يؤمر به أو يصر على تصرف ما ويعتبر العناد من بين النزعات العدوانية عند الأطفال، والعناد من اضطرابات السلوك الشائعة، وقد يحدث لفترة وجيزة أو مرحلة عابرة، والعناد كظاهرة سلوكية تبدأ في مرحلة مبكرة من العمر. فبوادر العناد تبدأ تظهر في العام الثاني من العمر، حيث يصبح الطفل متمتعاً بقدر من الاستقلالية كنتيجة لنمو تصوراته الذهنية، وعلى الرغم من أن العناد قد يأخذ مكانه لدى بعض الأطفال قرب الثالثة من أعمارهم إلا أنه قد يلازمهم إلى سن المراهقة، والعناد هو أكثر انتشاراً بين الذكور منه بين الإناث في مرحلة ما قبل البلوغ وتتعادل نسب الانتشار بعد ذلك تقريباً. (زكريا الشربيني: 2002، 42-43).

- من بين النزعات الاعتدائية السلوكية عند الأطفال العناد الشديد، وقد يكون مصحوباً بنوبات الغضب أو انشجار كمظهر من مظاهر الانحراف السلوكي أو السلوك المرضي، وقد يكون مجرد وسيلة لإثبات الذات.

- يبدأ هذا الاضطراب في الطفولة المبكرة ويتم التعرف عليه في الثامنة من العمر، وأحياناً يتحول إلى اضطراب سلوك أو اضطراب وجداني، ويتميز هذا الاضطراب بالسلوك الشارد الذي غالباً ما يتوجه ضد الوالدين وفي تلك الحالة دون انتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين الأساسية التي تلاحظ في اضطراب السلوك، ويتسم الأطفال المصابون بهذا الاضطراب بأنهم غالباً يجادلون الكبار وكثيراً ما يفقدون هدوءهم ويغضبون ويضيقون بالآخرين بسهولة، بل يرفضون أوامر الكبار، ويستفزون الآخرين بتعمد ويميلون للوم

الآخرين على أخطائهم، ومشاكلهم كما يتسمون بعدم تحمل الإحباط، والانفجارات المزاجية، والإسراف في تعاطي المواد المخدرة في سن صغيرة. (هناء يحيى أبو شهبة، 2003، 42).

- العناد سلوك يعبر عن نزعة عند الولد إلى مخالفة الوالدين، وتأكيد مواقف له تتنافى مع مواقفهم ورغباتهم وأوامرهم ونواهيهم، إنه تأكيد للذات يحمل إلى حد ما طابعاً عدوانياً تجاه الوالدين ويتخذ شكل المعارضة لإرادتهم. (كوستي بندلي، 1992، 7).

وفي سن الروضة من 3-6 سنوات يظهر العناد كرد فعل طبيعي لنمو الطفل حيث يبدأ في تأكيد ذاته ورفضه لسيطرة الآخرين عليه وتسلطهم وكبتهم لرغباته ووقوفهم دون تحقيقها. وتؤكد بعض الدراسات أن خلو هذه المرحلة من سلوك العناد قد يؤدي إلى ضعف الإرادة والخضوع والخنوع في المراحل التالية من النمو. ففي مرحلة رياض الأطفال يتمركز الطفل حول ذاته وتنمو الأنا لديه وينمو الوعي والرغبة في الاعتماد على الذات وإظهار القدرات الخاصة أمام الكبار، ويحاول الدفاع عن اهتماماته الشخصية ويحاول تأمين ذاته مما يمده بالإحساس بقيمته الذاتية، ومن ثم: لا يهتم بأقوال أو أفعال الآخرين إلا إذا كان له ارتباط بذاته، ولذا يعد الكبار ذلك عناداً وتبدأ علاقات ومظاهر الخلاف مع الوالدين تظهر بوضوح. (محمد عبد المؤمن، 1986، 127).

نسبة انتشار العناد

يمكن أن يكون تطور سلوك التمرد والعناد والمعارضة طبيعياً في الطفولة المبكرة، وقد وجدت الدراسات الوبائية الخاصة بمعدلات الانتشار Epidemiological Studies للسمات السلبية في الجماعات غير الإكلينيكية Nonclinical Populations هذا السلوك فيما بين 16-22٪ من الأطفال في سن المدرسة. وبالرغم من أن اضطراب التمرد العنادي قد يبدأ مبكراً في سن ثلاث سنوات، إلا أنه يبدأ عادة إبتداء من الثماني سنوات ولا يتأخر عن سن المراهقة وهي السن التي يكون فيها المراهق في أشد الحاجة إلى اعتراف الآخرين به وبوجوده، وأن يحترموا شخصه وكيانه كإنسان كبير وليس كطفل، ومن ثم يحاول أن يثبت وجوده بشتى الطرق. وتزداد حدة المواجهة من الكبار. (Wood, 1996).

أشكال العناد

يمكن تصنيف العناد إلى أنواع غير منفصلة، لذا، وصل العناد إلى مستوى الاضطراب فهو أكثر وضوحاً عند تعامل الطفل مع البالغين أو رفقائه الذين يعرفهم جيداً وهذا ما يجعل علامات الاضطراب للعناد غير ظاهرة أثناء الجلسات النفسية أو أثناء الفحص الإكلينيكي.

1. **عناد التصميم والإرادة:** ويظهر حينما نرى أن لدى بعض الأطفال إصراراً على محاولة إصلاح لعبه، فالطفل عندما فشل مرة سابقة في إصلاحها يصبح مصراً على تكرار محاولته، وربما منعه الشخص الأكبر لسبب ما، ويصر الصغير على تكرار محاولته، وربما استخدام وسائل للوصول إليها بعد إبعادها عنه، إن العناد هنا نوع من التصميم يجب التشجيع عليه ودعمه.

2. **العناد المفتقد للوعي:** عندما يصر الطفل على الذهاب إلى السينما رغم هطول الأمطار الشديدة وعدم توفر سيارة وبرغم محاولة أبيه إقناعه بذلك، وكذلك حينما يصر الطفل على استكمال مشاهدة الفيلم التليفزيوني على الرغم من إقناع أمه له بالنوم لأن الوقت أصبح متأخراً مما يجعله لا يتمكن من الاستيقاظ بسهولة صباحاً للذهاب إلى المدرسة، في مثل هذه المواقف يكون تصميم الطفل على رغبته نوعاً من العناد الأرعن المفتقد للوعي والإدراك.

3. **العناد مع النفس:** إن الطفل قد يعاند نفسه كما يعاند الآخرين، فربما إذا سيطر عليه الغيظ من أمه وطلبت منه تناول طعامه، يرفض وهو جائع، وحينما تبدأ الأم في محاولة إقناعه بالعدول عن رأيه وموقفه، يزداد إصراراً وجوعاً، وهو يحس داخل نفسه بأنه يعذب نفسه بالشعور جوعاً، وبالرغم من ذلك فإنه يكابر، ويبدأ الجوع في الاشتداد ويزداد عناد الطفل مع نفسه فيمنعها من الأكل ويصبح في صراع داخلي مع نفسه وعناده، وفي أغلب الأحوال يتنازل في النهاية عن إصراره بعد فترة يعقبها أول محاولة من الكبير لمصالحته.

4. **العناد كاضطراب سلوكي:** ربما جاء عناد الطفل كاضطراب سلوكي، وذلك حينما يعتاد العناد كوسيلة متواصلة ونمط راسخ وصفة ثابتة في الشخصية، وقد يوجه العناد هنا باستمرار نحو مواقف وحاجات، وإن هذا الوضع قد يؤدي إلى اضطراب خطير في سلوك وعواطف وأفكار الطفل، بسبب النزوع إلى المعاكسة والمشاكسة والتعارض مع الأقربين والأبعدين، والأمر هنا في حاجة إلى استشارات من المتخصصين.

5. **عناد فسيولوجي:** إن بعض الإصابات العضوية للدماغ مثل بعض أنواع التخلف العقلي يمكن أن يظهر الطفل معها في مظهر المعاند السلبي. (زكريا الشربيني: 2002، 43-44).

تشخيص العناد

وقد أورد الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الأمريكي في الإصدار الرابع (1994) DSM4 المحكات التشخيصية التالية للسلوك العنادي:

1. نمط من سلوك السلبية العدائية، والجرأة، ويستمر على الأقل لمدة (6) شهور، والتي يظهر خلالها أربع أو أكثر من السمات التالية.
   أ. فقد الأعصاب غالباً.
   ب. جدال مع الكبار غالباً.
   ج. غالباً ما يعارض أو يرفض أن يستجيب لطالب أو أوامر الكبار.
   د. غالباً ما يتعمد مضايقة الناس.
   هـ. غالباً ما يلوم الآخرين على أخطائه أو سلوكه السيئ.
   و. غالباً ما يكون شديد الحساسية أو يتضايق بسهولة من الآخرين.
   ز. غالباً ما يكون غاضباً وسريع الامتعاض Resentful.
   ح. غالباً ما يكون حاقداً Spiteful أو انتقامياً Vindictive.

> **ملاحظة**
> يؤخذ المحك في الاعتبار فقط عندما يصبح السلوك أكثر تكراراً مما يلاحظ بصورة نموذجية أو نمطية لدى الأفراد في العمر المقارن و لمستوى النمائي.

2. يحدث الاضطراب ضعفاً واضحاً في النواحي الاجتماعية والأكاديمية والمهنية.
3. لا تحدث السلوكيات بصورة وحيدة (منفردة) أثناء الاضطرابات العصابية أو المزاجية.
4. لا يتفق المحك مع محكات السلوك المنحرف (سلوك الخلق) Conduct Disorder وإذا تم يكن لعمر 18 سنة أو أكثر، ولا يتفق المحك مع محكات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial Personality Disorders.

ويتميز اضطراب العناد والتحدي حسب درجة شدته إلى:

- **خفيف:** حيث تكون الأعراض قليلة تفي بالتشخيص، والإعاقة الناشئة عن الاضطراب طفيفة.
- **متوسطة (معتدل):** وهو الوسط بين الشديد والخفيف من حيث درجة الاضطراب والإعاقة.
- **شديد (حاد):** حيث توجد أعراض عديدة، والإعاقة تكون مشوهة للأداء المدرسي والاجتماعي مع الكبار والرفاق.

أسباب اضطراب العناد

تتلخص أسباب اضطراب العناد فيما يلي:

1. **تقييد حرية الطفل:** فتقييد حرية الطفل والتحكم في تصرفاته ومنعه من اللعب ومزاولة ما يجب من نشاط، وإرغامه على اتباع نظم معينة في المعاملة وآداب تناول الطعام وآداب الحديث، والذهاب إلى الفراش في مواعيد معينة، أو تنظيف الأسنان أو اتباع عادات صحية تتصل بغسيل يديه، والتبول والتبرز، وتمشيط الشعر، أو تكليف الطفل بأمور خارج المنزل، وتدخل الوالدين الزائد في حياة الطفل لوقايته أو حرصاً على ألا يصيبه شيء أو إصرار الأم على ارتداء طفلها معطفاً ثقيلاً يعوق حركته أثناء اللعب وربما كان سبباً في عدم فوزه في السباق أو تأنيب المدرسة له لارتداء هذا المعطف لاختلافه عن زي المدرسة. كل ذلك يدفع الطفل إلى العناد كرد فعل للقمع الوالدي الذي يرغم الطفل دون إرادته، ويبدأ في التذمر إذا قيده الكبير، وإذا اعتاد التذمر تأتي مرحلة تالية تقتضي معاندة الكبير- فالفارق ليس ضخماً في ذهن الطفل بين أن يتذمر وربما يشاكس وأن يعاند، فالمقته بتدخل الكبار تجعله يبحث عن البديل الذي يمكنه من الفرار وربما كان العناد هو المخرج. (زكريا الشربيني: 1994).
2. **النزاع بين الوالدين:** فمعايشة الطفل الشجار والنزاع بين الوالدين وكثرة التوترات الانفعالية ومعاناة الأسرة من مشكلات السيطرة والخضوع بين الزوجين وعدم القدرة على التغلب على الخلافات الزوجية، والخلاف بينهما حول تربية الطفل، كل ذلك يؤدي إلى التوتر والانفعال الذي قد يأخذ صورة نوبات الغضب والعناد. (كلير فهيم، 1993).
3. **أسلوب التذبذب:** إن عدم الثبات في تعليم النظام قد يحدث نتيجة للاختلاف بين الأبوين في معاملتهما له فقد يكون الأب متساهلاً مع الطفل في الوقت الذي تكون فيه الأم صارمة في معاملته والعكس صحيح، وقد لا يكون هناك اتفاق بين الآباء على الأفعال المسموح بها أو الطرق التي تتبع عند ارتكاب أفعال غير مسموح بها وسريعاً ما يتعلم الطفل أن يستفيد من هذا التناقض ويكتسب سلوك العناد.
4. **الإحباط:** فتعرض الطفل للإحباط وشعوره بوطأة خبرات الطفولة ومواجهة صدمات أو إعاقات مزمنة يؤدي إلى التوتر والقلق ومن أبرز مظاهر الإحباط إحساس الطفل بعدم حب الأم له، وعدم رعايتها له واهتمامها به، وكثرة المنع لما يحبه ويرغبه، ومن ثم

يتجه إلى سلوك الرفض خاصة رفض الأم وإرشاداتها، ورفض الطعام والنوم، ويصبح العناد دفاعاً ضد الإحباط والشعور بالعجز والقصور، فضلاً عن السلوكيات الدالة على الإحباط كالاضطرابات الجسمية والسلوك السلبي والعدائي تجاه الوالدين. (محمد عبد المؤمن: 1986).

5. **أحلام اليقظة:** ربما جاء العناد نتيجة غياب إمكانية التفرقة بين الواقع والخيال، ويجد الطفل نفسه مدفوعاً للتشبث برأي أو موقف، غير آبه بآراء الآخرين مما يجعل الصدام بين الطفل والكبير أمراً حتمياً مما يدعم لديه سلوك العناد. (زكريا الشربيني: 2000، 44-45).

6. **غياب أحد الوالدين أو كليهما:** فالطفل الذي يحرم من أحد والديه منذ الصغر لا يجد من يتوحد معه ويعرفه بالحياة والعالم المحيط به، والطفل الذي يغيب عنه أحد الوالدين سواء للانفصال الزواجي أو لدواعي العمل بالخارج، أو نتيجة للموت فإنه يتأثر انفعاليا بهذا الانفصال وقد يلجأ إلى العناد والمشاكسة والجنوح يظهر في تصوره من الآخرين واعتماده على ذاته ومقاومة أي مظهر للسلطة. (محمد عبد المؤمن: 1986).

علاج العناد

لكي يتم علاج الأطفال ذوي اضطراب العناد يمكن اللجوء إلى:

أولاً: العلاج النفسي

يتم علاج هؤلاء الأطفال من خلال العلاج النفسي الفردي مع إكساب الوالدين لمهارات التعامل مع الطفل العنيد، حيث ترتكز المدارس السلوكية على تغيير سلوك الوالدين إزاء عناد الطفل بتشجيعه على السلوك المناسب مما يؤدي إلى تدعيمه وإهمال السلوك غير المرغوب بما يؤدي إلى انطفائه.

ولكن المعالجين النفسيين الفرويديين يرون أن آباء هؤلاء الأطفال متصلبون ويصعب تغييرهم، ولذا فإنه من خلال نمط جديد من المعالج تغيير (تعدل) علاقة الطفل بالموضوع، وتحل دفاعات الطفل غير المرغوبة ويكون مكانها فهم وبصيرة من الطفل لتصرفاته بالإضافة لتصحيح رؤيته لسالبة الذات وتنمية استقلاليته. (محمود حمودة: 1998، 215).

ثانياً: العلاج الأسري

يعتمد العلاج الأسري إلى تدريب الوالدين فيما يختص بمهارات التعامل مع الأطفال وتشجيعهم على السلوكيات اللائقة المقبولة.

ولقد أوضحت كلير فهيم (1993) النصائح التربوية لمواجهة مشكلة العناد في:

1. عدم التدخل المبالغ في حياة الأبناء.
2. يجب أن يقلع الآباء عن عصبيتهم وثورتهم لأتفه الأسباب، وضبط النفس قدر الإمكان حتى لا يقلدونهم.
3. ألا يكثر الآباء من نقد الطفل أو السخرية منه خاصة أمام الآخرين، أو الشدة معه لإرغامه على الطاعة.
4. احترام ممتلكات الطفل وعدم حرمانه منها لمجرد الغضب منه.
5. ألا يظهر أحد الوالدين الضعف أو التراخي أو الإهمال، ويظهر الآخر الشدة والتسلط، وأن تكون السياسة مع الأطفال ثابتة ومرنة.
6. أن تسود الأسرة روح التعاون والود والتسامح والاستقرار والهدوء النفسي.
7. مساعدة الطفل على الأخذ والعطاء حتى يكف عن أساليبه الطفولية الأولى التي تتميز بالغضب والعناد.
8. شغل أوقات فراغ الطفل، وتشجيعه على الاختلاط بالأقران لاستنفاد الطاقة الزائدة.
9. مساعدة الأطفال على حل مشاكلهم بأنفسهم، واستخدام التوجيه والنصح الهادئ دون التحيز للطفل.
10. ألا يكون الآباء سبب عناد الطفل بالحزم المبالغ فيه وإرغامه على الطاعة العمياء. (كلير فهيم، 1993: 195).

وأوضح زكريا الشربيني (2002) للتغلب على العناد يجب اتباع الآتي:

1. تحلي الآباء بالحكمة والصبر وعدم اليأس والاستسلام للأمر الواقع بحجة عناد الطفل.
2. عدم اللجوء إلى القول بأن الطفل عنيد، أو مقارنته بأطفال آخرين ليسوا عنيدين مثله.
3. اللجوء إلى دفء المعاملة والمرونة في المواقف.
4. الحوار الدافئ المقنع غير المؤجل عند ظهور موقف العناد.

الغضب Anger

تعريف الغضب

يعرف الغضب بأنه انفعال يصدر عن الفرد حين التعرض إلى مواقف أو أحداث معينة، يتعرض فيها لإهانة أو لوم من شأنه أن يحط من قدره، له ردود أفعال فيزيولوجية،

وأخرى جسمية... ولانفعال الغضب صفة الشدة والتكرار... ويتفاوت في مدى استمراريته من شخص إلى آخر. (علاء الدين كفافي، مايسه النيال: 1997، 112).

- العديد من الأطفال العاديين في سن ما قبل المدرسة تمر بهم نوبات الغضب وتوجيه اللوم للعالم كله باعتباره يمثل سلطة على الطفل وهي طريقة انفعالية لمواجهة الإحباط، ومن الشائع أن تحدث نوبات من البكاء وهي لا تعبر عن الغضب ولا تحتاج إلى أي انتباه من جانب الوالدين أما نوبات الغضب فهي تحتاج إلى انتباه، وإذا زادت عن ثلاث مرات في اليوم الواحد فهي تحتاج إلى استشارة المختصين. (سلوى عبد الباقي: 2003، 145).
- الغضب هو استجابة تدل على التوتر والعداء يثيرها الإحباط والتهديد والملاحظات المحقرة وعدم العدالة ونقص الإنصاف أو التمييز، وتتضمن مشاعر الغضب استجابة قوية من الجهاز العصبي المستقل مثل: زيادة في ضغط الدم والعرق والتنفس ونبضات القلب، وإفراز السكر في الدم، وجميع هذه الاستجابات تهيئ الكائن الحي للعراك. (جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي: 1989، 189).
- كما يعرف الغضب أيضاً بأنه استجابة انفعالية تثيرها إهانة أو تهديد أو تدخل في شئون المرء، وتتميز بردود أفعال ملحوظة من جانب الجهاز العصبي السمبثاوي. (كمال دسوقي: 1990، 99).
- تعريف عبد المنعم الحفني (1978): إن الغضب هو استجابة انفعالية حادة تثيرها مواقف التهديد أو الصدمات أو القمع أو السب أو الإحباط أو خيبة الأمل ويختلف الغضب عن الكراهية لأن الغضب قصير الأمد ولكن الكراهية تستمر طويلاً ويصطحب الغضب استجابة قوية من الجهاز العصبي المستقل، وخاصة جزؤه السمبثاوي ويدفع المرء إلى الاستجابة بالهجوم إما بدنياً أو لفظياً. (عبد المنعم الحفني: 1978، 46).
- ويذكر سبيلبرجر وجاكوبك ورسل وكرين: أن مفهوم الغضب يشير إلى حالة وجدانية تتكون من مشاعر تتفاوت في شدتها من الضيق والاستثارة البسيطة إلى التهيج والغيظ. (عبد الفتاح القرشي: 1997، 75).
- الغضب كظاهرة نفسية هو أحد الانفعالات أو العواطف الأساسية للإنسان، والتي تعتبر إشارة ودلالة على مواجهة الضغوط وعوامل الإحباط في الحياة، ويكمن الخطر الناتج عن الغضب عندما يتراكم داخل النفس البشرية حيث تنتج عنه الأمراض والاضطرابات النفسية المختلفة. (عصام العقاد: 2001، 77).

مظاهر نوبات الغضب وتطورها

مظاهر نوبات الغضب تظهر عبر مراحل نمو الإنسان على النحو التالي:

في مرحلة المهد

تشير جودانف Goodenough إلى أن استجابات الغضب للأطفال الصغار تكون مباشرة وبدائية وبتقدمهم في العمر تصبح هذه الاستجابات أقل عنفاً وأكثر رمزية.

- فالطفل حتى سن 18 شهراً يعبر عن غضبه بالصراخ والبكاء.
- وفي سن الشهر الثامن عشر: يعبر الطفل عن غضبه برمي الأشياء أو يلقي بنفسه على الأرض احتجاجاً وتعبيراً عن الغضب، وبضرب الأشياء أو يركلها أو يتصارع تعبيراً عن الغضب.
- وحتى سن الثانية من عمره: نجد الطفل يغضب ويثور إذا لم تحقق رغباته خصوصاً الفسيولوجية، أو إذا ترك وحيداً في الحجرة، أو إذا فشل في جذب انتباه من حوله ليلعبوا معه أو يهتموا به، ويثور عندما يغسل له وجهه أو أثناء الاستحمام، أو خلع الملابس، أو لرغبته في رفض رغبات معينة من والديه تتصل بذهابه إلى الفراش أو تناول الطعام، أو لاتباع عادات صحية تتصل بغسل يديه والتبول والتبرز وتمشيط الشعر. (كلير فهيم: 1993، 53).

في مرحلة الطفولة المبكرة

يتضح الغضب في تلك المرحلة من خلال ما يلي:

- غير محدد يمتاز بالعمومية والعشوائية.
- متذبذب وسريع الزوال.
- يكون لأسباب بدائية: كعدم تحقيق حاجيات الطفل، أو تكليفه بأعمال صعبة أو التدخل في شئونه أو انتقاده، أو مقارنته بالغير أو تفضيل آخرين عليه أو إهماله.
- وعلى الرغم من أن اللغة في هذه المرحلة تحل محل المظاهر الحركية للتعبير عن الغضب وتصبح سلاحاً يستخدمه لذلك: فيسب أو يشتم أو يغيظ أو يتهكم أو يستهزئ من غيره، إلا أننا نلاحظ استمرار بعض المظاهر الصوتية للتعبير عن الغضب بالصراخ والبكاء أو مظاهر حركية: كالرفس والعض، والإلقاء بنفسه على الأرض، أو مظاهر

عدائيـة كتحطـيم الأشـياء أو إتـلاف الممتلكـات. (مفيـد حواشـين، زيـدان حواشـين: 1996: 36).

في سن المدرسة

تتضح نماذج غضب الأطفال في المدرسة من خلال:

- طفل لا يريد أن يدخل الفصل، وكلما حاولت المعلمة إقناعه لا يكف عن البكاء.
- طفلة دائمة البكاء إذا لم تجلس في مكان معين وهي تعتدي على كـل مـن يجلـس في هـذا المكان من الأطفال.
- طفل نقل من مدرسة إلى مدرسة ولذلك فهو يجلس على كرسي بعيداً عن الأطفـال، ولا يكف عن البكاء.
- طفل يبكي إذا أخذت المعلمة كراسته فهو يخاف عليها.
- طفلة تبكي إذا تركتها مدرسة الفصل، وتصرخ بشدة عند غلق باب الفـصل، وقـد تـبين أنها تركت يوماً كاملاً في المدرسة.

أما في مرحلة المراهقة

فإن الغضب يأخذ شكلاً اجتماعياً، فالمراهق لا يغضب مباشرة، ولكن يـستمر غـضبه مدة أطول، غير أن مرات حدوثه تكون أقل. فالمراهق أكثر اتزاناً من الطفـل ويكـون تعـبيره عن الغضب بالخروج من المنزل أو التعبير بألفاظ باطنها الوعيد، والتهديد أو العبوس والغيظ الشديد، وقد ينعكس إلى تعبيرات طفلية بحركات عصبية أو البكاء الـشديد، وينـتج الغـضب مـن سـخرية ومـضايقة الـزملاء أو تحكـم الكبـار أو الإحـساس بـالظلم والحرمـان. (مفيـد حواشين، زيدان حواشين: 1996، 37).

أشكال الغضب

يظهر الغضب في أسلوبين مختلفين:

1. **الأسلوب الإيجابي:** فالأسـلوب الإيجـابي للتعـبير عـن الغـضب يكـون فيـه الغـضب مصحوباً بالصراخ والثورة ودفـع الأبـواب أو إتـلاف الأشـياء أو الـضرب أو الـرجم بالحجارة والتهديـد والتخريـب أو العـدوان. ويعـد هـذا الأسـلوب أسـلوب الأطفـال المنبسطين Extrovert.
2. الأسلوب السلبي: التعبير عـن الأسـلوب الـسلبي للغـضب يكـون مـصحوباً بـالانطواء والانسحاب والعزلة أو الانزواء، وكبت المشاعر والإضراب عن الطعام وعن الكلام...

وهذا هو أسلوب الأطفال المنطويين Intervertion وهو وإن كان ظاهره الهدوء وعدم إظهار الانفعالات إلا أنه أكثر خطراً وضرراً بالطفل لأنه يسبب له الانفجار نتيجة تكبت انفعال الغضب، أو الانخراط في أحلام اليقظة وما إلى ذلك من حلول وهمية تجعل الطفل متوتراً وقلقاً. (محمد عبد المؤمن: 1986، 111).

أسباب الغضب

1. تشير جودانف Goodenough إلى أن من أسباب الغضب حتى الثانية من العمر ارتداء الطفل الملابس الضيقة التي تعوق حركته، عدم تنظيم عمليات النظافة (مثل الاستحمام) والإخراج كما أن وجود الدور في المنزل أو وجود كبار داخل المنزل هم كثير من التعليمات والأوامر المثيرة للطفل فهذا يكون أحد أسباب الغضب.
2. فقدان الطفل لعبة التي يحبها أو تلفها أو كسرها أو إعطاؤها لطفل آخر دون موافقته أو غصباً عنه.
3. السلطة الضابطة غير المتسقة: كأن يصبح للأب موقف إيجابي من الطفل بينما الأم موقفها مناقض أو عكس الأب. أو الاستجابة للطفل بعد أن يغضب بطريقة يرضاها، أو الاستجابة لرغبات الطفل في الأماكن والمواقف التي تسبب حرجاً للوالدين أو أحدهما.
4. نقد الطفل ولومه أو إغاظته أمام أشخاص لهم مكانة عنده أو يقدرونه أو أمام من هم في مثل سنه أو تحقيره أو الاستهزاء به.
5. تكليف الطفل بأداء أعمال فوق إمكانياته ولومه عند التقصير مما يعرضه للإحباط نتيجة تكليفه بما لا يستطيع كتنفيذ الأوامر بسرعة.
6. حرمان الطفل من اهتمام الكبار وحبهم وعطفهم.
7. كثرة استخدام أساليب المنع والتحريم والنواهي، والتدخل في أوقات كثيرة في حرية الطفل ونشاطه مع إلزامه بمعايير سلوكية لا تتفق مع عمره.
8. التدليل الزائد (تعويد الطفل على أن البيئة تستجيب دائماً لرغباته) أو القسوة الشديدة أو الشعور بظلم المحيطين به من آباء أو أخوة.
9. مشاهدة النموذج الغاضب مثل الآباء والمعلمين أو الأفلام وهذا ما توصلت إليه دراسة ليبنت وباربان Lebentand Barban.

10. شعور الطفل بالإخفاق كالتأخر الدراسي أو عدم الفهم مثل الزملاء أو فشل ممارساته للتقرب من الوالدين. (زكريا الشربيني: 2002، 112).

علاج الغضب

1. **تعويد الطفل على تحمل الإحباط:** يجب أن يتعود الطفل منذ سنواته المبكرة على تحمل الإحباط وعدم اللجوء إلى ثورات الغضب لإجابة مطالبه... ومن ثم يجب عدم توفير مطالب الطفل كلها في الحال، بل يمكن إرجاء بعضها إلى وقت آخر حتى لا يتعود أسلوب البكاء والغضب والثورة والعدوان حينما يريد تحقيق رغباته، وحتى لا يتعرض للإحباط حينما تواجهه عقبة أو عائق فيما بعد... ومع ذلك: فيجب أن نجنب الطفل خبرات الفشل والإحباط كلما أمكن لتوفير فرص النجاح، وتكليفه بأعمال تتناسب وقدراته وإمكانياته ومراحل نموه. (محمد عبد المؤمن: 986، 115).
2. **المعاملة المتوازنة للطفل من قبل الوالدين:** فلا يسرف الوالدان في تدليل الطفل وإجابة كل مطالبه ورغباته ولا يسرفان في القسوة عليه، وعدم السخرية منه أو التعليق على تصرفاته ونقده أو مقارنته بغيره من الأطفال... بل ينبغي الثبات في أسلوب معاملته، فلا تذبذب بين العطف والقسوة، ومعاملته بسخاء ودفء عاطفي مع سلطة ضابطة مرنة تجعله ينشأ على درجة معقولة من الثقة بالنفس والشعور بالأمن والطمأنينة والتقبل، ويشعره بالمسئولية أن عليه واجبات يجب أن يؤديها، وأن يعتذر عندما يخطئ في أدائها أو يقصر فيها. (ملاك جرجس: 1984، 40).
3. **عدم تحدي رغبات الطفل:** ينبغي عدم إجهاد الطفل بتكليفه بما لا يطيق الأمر الذي ينتج عنه الإجهاد العصبي والإرهاق... والطفل الغضوب هو في الواقع طفل عليه الشعور بالإحباط... وليس معنى ذلك سرعة إجابة كل ما يطلبه يجنبه الإحباط فقليل من هذا الشعور مفيد لبناء الشخصية السوية، وكثير منه يؤدي إلى اعتلال الصحة النفسية. (كلير فهيم: 1993، 61).

بالإضافة إلى ذلك: يجب على الوالدين عدم إظهار اللامبالاة، وعدم الاهتمام بمطالب الطفل أو سلوكه على أنه سلوك منبوذ اجتماعياً وغير مقبول خلقياً بل يجب إقناعه حتى يحجم عن ذلك السلوك. (محمد عبد المؤمن: 1986، 118).

4. **الدعابة:** أسفرت محاولات بارون Barron (1972) خفض حدة الغضب عند الأطفال إلى أن الدعابة التي تقوم أثناء غضب الطفل- شريطة أن تكون مرتبطة بملابسات الموقف-

من شأنها أن تخفض من حدة الغضب وتقلل من وطأته، وقد اعتبر أن استجابة الفرد نحو الدعابة بالابتسام أو الضحك مؤشر على انخفاض انفعاله. (علاء الدين كفافي، مايسه النيال: 1997، 118).

5. **عدم اللجوء للعقاب:** إن اللجوء للعقاب كمحاولة لإسكات الطفل أثناء نوبة الغضب لا جدوى منها وقد تطيل مدة النوبة. (محمد عماد الدين إسماعيل: 1989، 395).

فالعقاب البدني أو النفسي أو النبذ أو التوبيخ أو أساليب القهر أو القمع أو القسوة والكبت في تعويد الطفل على التحكم في انفعالاته. كلها أساليب تجعله يجنح ويزداد عناداً وغضباً لأن شدة الضغط تولد الانفجار... وقد يظهر الطفل طاعته خوفاً من العقاب إلا أنه يأتي بالسلوك غير المرغوب حينما تتاح له الفرصة، ويظل بذلك متطرفاً في انفعالاته. (محمد عبد المؤمن: 1986، 114).

6. **عدم إشعار الطفل بحلاوة الانتصار:** يجب على الآباء عدم الإذعان لمطالب الطفل نتيجة لغضبه وثورته وصياحه وصراخه وألا يظهروا بمظهر الضعف أمامه والقلق إزاء ثوراته فيلجئون إلى سرعة مصالحته خوفاً من غضبه وثورته وعدوانه. حتى يتأكد له أن هذا الأسلوب غير مجد... لتحقيق رغبة الطفل التي يجد صعوبة في تحقيقها قبل انفجاره باكياً أو إعطاؤه الرشاوى والعطايا لاتقاء شر غضبه. كل ذلك يجعل الغضب والبكاء هما وسيلة الطفل وطريقته المفضلة للحصول على ما يريد ويثبت هذا السلوك المنحرف مادام يوصل إلى الغرض المنشود. (كلير فهيم: 1993، 61).

7. **مساعدة الطفل على ضبط النفس وتهذيب السلوك:** فالشخصية السوية عبارة عن مجموعة متناسقة من الانفعالات... وتنتج من هذا التناسق القدرة على ضبط النفس وحسن التوافق ويظهر ذلك في تكييف الفرد مع نفسه، وفي تعامله مع غيره من الناس في المنزل وفي المجتمع ويؤدي حسن التعامل مع الناس إلى ظهور كيان الفرد الذاتي ووجوده الشخصي بين أصدقائه ورفاقه، ويساعده على أداء دوره بنجاح. وليس معنى مساعدة الطفل على ضبط نفسه عند الغضب أن ندربه على بلادة الإحساس، ولكن تعويده فقط السيطرة على رغباته، وأن ينفعل بالغضب في حدود معقولة، ولا يسيطر انفعال الغضب عليه... ويدخل في ذلك: أن يدرب الآباء أنفسهم على ضبط النفس حتى لا تنتقل عدوى ثورات الغضب إلى الأبناء. (محمد عبد المؤمن: 1989، 114-115).

8. **الإقناع:** يجب على الوالدين تعليم الطفل الهدوء وإذا كان من حقه أن يغضب إذا لم تحقق رغباته فإنهم لا يحبسان طريقته في التعبير عن هذا الغضب وأنه يمكن أن يعدل سلوكه حتى يتناسب مع ما يفعله الآخرون. (كلير فهيم: 1993، 60).
9. **شغل أوقات الطفل:** ينبغي شغل أوقات الطفل بما ينفعه وبما يتفق وإمكانياته وميوله وبالنشاط المحبب إلى نفسه والمثمر والنافع له ولمجتمعه... وأن يجد فرصة للعب في الهواء الطلق الذي يريح الأعصاب ويجدد النشاط فتسمو روحه، وتهدأ أعصابه وتقل انفعالاته.

العدوان Aggression

مفهوم العدوان

يشير العدوان إلى أنواع السلوك الذي يستهدف إيذاء الآخرين أو يسبب القلق عندهم، وهو عند الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة ويتضمن الضرب والتدمير للممتلكات والهجوم اللفظي ومقاومة ما يوجه إليه من طلبات وأوامر وميله إلى أن يكون عدوانياً صريحاً يتوقف على عدة عوامل منها:

1. شدة رغبته في إيذاء الآخرين وإيلامهم.
2. درجة إحباط البيئة وإثارتها للميول العدوانية.
3. كمية القلق والشعور بالإثم المرتبطة بالعدوان. (هدى قناوي، 1992، 307).

ويعرفه Baneton (1984) بأنه الاعتداء المادي نحو الآخرين والذي يتضمن الهجوم أو الضرب وما يعادله من اعتداء معنوي كالإهانة والازدراء كما أنه محاولة لتخريب ممتلكات الآخرين، وهو أيضاً سلوك يحمل عواقب مخربة تتضمن تدمير الذات كالانتحار أو إيذاء الذات.

إنه سلوك ينطوي على شيء من القصد أو النية يأتي بها الفرد في مواقف الغضب والإحباط التي يعوق فيها من إشباع دوافعه أو تحقيق رغباته، وقد تنتابه حالة من الغضب وعدم الالتزام تجعله يأتي من السلوك ما يسبب أذى له وللآخرين، والهدف من ذلك السلوك تخفيف الألم الناتج عن الشعور بالإحباط أو الإسهام في إشباع الدافع المحبط فيشعر الطفل بالراحة ، ويعود الاتزان لشخصيته (نبيل حافظ ، 1993، 287)

عادة ما يوصف السلوك الذي يكون موجهاً ضد الآخرين على أنه سلوك 'عدائي' hostile أو 'عدواني' Aggressive لكن قد يختلط وكثيراً ما تختلط على البعض المعاني المحددة

المفهومي "العداوة" و"العدوان" ويستخدم مصطلح العداوة hostility لوصف خلفية من الاتجاهات السلوك عند فرد أو جماعة في حين أن مصطلح "عدوان" Aggressive يشير في العادة إلى الفعل والسلوك ذاته ضد شخص أو شيء من الأشياء أو موضوع من الموضوعات أو ضد جماعة أو ضد مجتمع ويعرف "بص Buss من استعراضه وتحليله للبحوث المتعلقة بالعدوان، هذين المفهومين على النحو التالي: العدوان هو استجابة من شأنها أن تسبب وأن توجه مثيرات باعثه على الأذى والضرر والهدم إلى شخص آخر أو أشخاص آخرين أو حتى إلى كائن حي آخر أما العداوة فهي اتجاهات للاستجابة تحملها استجابة لفظية مقنعة أو غير صريحة وتتضمن مشاعر سلبية (سوء النية) وتقييمات سلبية للناس والأحداث (Buss, 1961)

ويعرفه بيركويتز Loenard Berkowitz (1962) : بأنه أي نوع من السلوك سواء أكان بدنياً أو لفظياً، والذي يصدر بقصد إصابة شخص ما بأذى

العدوان سلوك مقصود يستهدف إلحاق الضرر والأذى بالغير، وقد ينتج عن العدوان أذى يصيب إنساناً أو حيواناً كما قد ينتج عنه تحطيم للأشياء أو الممتلكات أو يكون الدافع وراء العدوان ذاتياً ويمكن القول إن سلوك العدوان يظهر غالباً لدى جميع الأطفال وبدرجات متفاوتة . (محمد الهمشري 2001، 80).

ولقد صنف جالاجر Gallagher (1982) العدوان إلى:

1. عدوان سلبي حيث يكون الفرد عنيداً وغير متعاون متذمرا ولكنه بدون مواجهة مباشرة.
2. عدوان إيجابي حيث نجد الفرد يواجه الآخرين بعدوانه المباشر عليهم. (محمد بيومي ، سميرة شندي: 2000، 97).

هجوم أو فعل محدد يمكن أن يتخذ أية صورة من الهجوم المادي والجسدي في طرف والهجوم اللفظي في الطرف الآخر، وهذا يمكنه أن يتخذ ضد أي شيء أو شخص بما في ذلك الشخص نفسه، وأحياناً سلوكه ظاهرياً مباشراً ومحدداً أو واضحاً، وأحياناً أخرى يكون التعبير عنه بطريقة إما إسقاطية على الآخرين أو البيئة من حوله . (آمال باظة : 2003، 22)

ويشير لوشمان ولينهارت Lochman & Lenhart إلى أن الخصائص العامة التي توضح خطورة الأطفال العدوانيين تتمثل في التأثيرات السالبة الشديدة على الأفراد الذين يتفاعلون معهم: فأصدقاؤهم يكونون ضحايا لهم، ومعلموهم يضربونهم أثناء تعليمهم أنشطتهم وآباؤهم يحبطون لعدم قدرتهم على ضبط سلوكيات الغضب والكراهية التي تصدر

عنهم، ولذلك يتردد الأطفال الذين يتسمون بالعدوان على انعيادات النفسية بصورة أكبر من الأطفال الآخرين الذين يترددون بسبب أمراض نفسية أخرى.

وبدخول الطفل الحضانة تبدأ النزعة العدوانية في التعبير عن نفسها تعبيراً أكثر وضوحاً وتأخذ أشكالاً متعددة مثل العدوان الحركي الذي يتمثل في الضرب والرفس والعض، والعدوان اللفظي ويتمثل في السباب والتهكم والعدوان عن طريق التخريب والإتلاف والعناد.

ومن الملاحظ أن الطفل يزداد عناداً في هذا السن ويرفض الانصياع للأم وللآخرين مستخدماً كلمة لا وإن هذا السلوك السلبي الذي يصدر عن الطفل يعتبر استجابة طبيعية تجاه مثيرات العالم الخارجي الجديد بالنسبة إليه؛ فنجد أن استجاباته متعددة لمثيرات الوسط البيئي المليء بمختلف المثيرات، والتي تجذب إنتباهه قيبدأ في التعامل معها وتصدر منه استجاباته نحوها.

ولقد أظهرت دراسة جيمي استروف وآخرين (Jamie , etal, (2004 أن العدوان السلبي لدى البنات أكثر من الأولاد والعدوان الجسدي واللفظي لدى الأولاد أكثر من البنات، كما أن العدوان له تأثير على العلاقات الاجتماعية.

وأوضحت دراسة مونكس وآخرين (Monks, etal .(2002 أن العدوان غير المبرر للأطفال ما قبل المدرسة، وتم تحديد أدوار الأطفال العدوانيين في (العدواني - الضحية - المدافع - المساند - المتفرج) وذلك بناء على آراء المعلمين والآباء. ولقد وجد أن الأطفال العدوانيين منبوذون اجتماعياً، وأن المدافعين هم الأكثر شعبية داخل الفصل وهذا يجعلهم أفضل في الدفاع عن الآخرين دون الخوف من الانتقام كما يكسبهم الدفاع منزلة اجتماعية رفيعة .(Monks etal,2002 pp 458-476)

والعدوان هو انتهاك للمعايير الاجتماعية ويدل على كراهية الغير والشخص العدواني يعمل عكس قوانين السلوك المقبولة اجتماعياً.

مؤشرات العدوان

يمكن الكشف عن العدوان بإحدى الطرق التالية:

1. الملاحظة أثناء ممارسة النشاط الحركي للعب أو الرسم.
2. الاستماع للقصص التي يرويها الأطفال أثناء عرض مجموعة من الصور عليهم كعملية إسقاطية لانفعالاتهم.

ويشير باندورا Bandura (1973) إلى أن تحديد السلوك العدواني يتوقف على العوامل التالية:

1. خصائص السلوك نفسه (مثل الاعتداء الجسمي، الإذلال والتحقير، تدمير الممتلكات) بصرف النظر عن تأثيرات السلوك على الشخص المتلقي لذلك السلوك.
2. شدة السلوك مصحوباً باستجابات عالية الشدة (مثل توجيه الكلام بصوت مرتفع جداً لشخص آخر) يجري تسميتها على أنها استجابات عدوانية أو مصحوباً باستجابات منخفضة الشدة (مثل الكلام بصوت منخفض) يجري تسميتها على أنها استجابات غير عدوانية.
3. تعبيرات عن الأذى أو الضرر أو الألم أو الهروب في سلوك الشخص المتلقي للفعل العدواني.
4. مقاصد واضحة عند الشخص الممارس للفعل العدواني.
5. خصائص الشخص الملاحظ أو الأشخاص الملاحظين (أي الخصائص المتعلقة بنوع الجنس (ذكوراً وإناثاً)، المكانة الاجتماعية الاقتصادية الخلفية العرقية، تاريخ السلوك العدواني أو غير العدواني وهكذا).
6. خصائص الشخص المعتدي تتحدد هنا المتغيرات نفسها الواردة في خصائص الشخص الملاحظ. (Banduro, 1973).

في مرحلة ما قبل المدرسة

ما أن يصل الطفل إلى سن الرابعة حتى يصبح غاية في النشاط والوقاحة مع من هم في مثل سنه أو من هم أكبر منه حتى الأخوة والآباء، ويتولد التحدي والقدرة على تدمير أي شيء يصل إلى يده من ممتلكات الأسرة أو الجيران ويصبح قادراً على الدخول في معارك مع الأطفال الذين في مثل سنه ويلحق بهم الضرر والأذى (kellam etal).

والأطفال في مثل هذا السن يحتاجون إلى فرص وتشجيع لتعلم كيفية حل خلافاتهم معتمدين على أنفسهم، ويمكن للآباء ضبط وقيادة الصراع دون التدخل فيه إلا إذا احتاج الطفل للمساعدة. وحل الصراع المؤثر دون عدوان يعتبر واحداً من الحلول الوسيطة لمساعدة الأطفال للتغلب على الدوافع العدوانية.

مرحلة الطفولة المبكرة

تتميز هذه المرحلة باللعب العدواني الإيهامي العنيف الذي ربما ينتج عن نمذجة سلوك الأقران الأكبر سناً أو سلوك الراشدين أو من خلال التعرض لوسائل الإعلام وخاصة التلفزيون وألعاب الكرتون والأفلام الخيالية والأخصائي النفسي يمكن أن يساعد الوالدين للتمييز بين اللعب الإيهامي العنيف والنشاط النمائي العادي والأفعال العدوانية التي تهدد بالضرر.

مرحلة الطفولة الوسطى

في مرحلة الطفولة الوسطى يتوقع معظم الآباء أن الطفل يظهر الندم أو تأنيب الضمير بعد العدوان .... وتأنيب الضمير له قيم وظيفية لدى الطفل من ذلك: أنه يقلل من حدة أو سلبية النتائج ، ومن ثم : فإن غياب تأنيب الضمير يرتبط بالفكرة الشائعة بأنه يلازم الأفراد فاقدي الحس والاتجاهات الأخلاقية والأشخاص ذوي الشخصيات السيكوباتية – لذا فإن الآباء الذين يركزون على تأنيب الضمير لدى الطفل إنما يفعلون ذلك خارج نطاق الإحباط وانعدام المساعدة والشعور بأنهم إذا لم يوقفوا الطفل عن السلوك بعدوانية فإنهم على الأقل يصرون على أنه تبعاً لذلك يتظاهر بالاتفاق مع الاستجابة الاجتماعية المقبولة اجتماعياً تجاه الضحية، وإن الأطفال في هذه المرحلة يحتاجون إلى تعلم منع الدوافع العدوانية وليس مجرد أن يعتذروا بلطف بعد أن يؤذي شخصاً ما.

في مرحلة المراهقة

في مرحلة المراهقة الوسطى يقترب مستوى تعريف العدوان من سلوك الراشدين العدواني، فوجود الأفعال للأقران في المراهقة ربما تتضمن اتخاذ وضع تهديدي، أو تنظيم السلوك العدواني، والماهرون من المراهقين ماهرون بصفة عامة في التخفي سواء عند تمثيل أو تقديم كل من السلوك والضرر الجسماني الناتج عنه. والمراهق العادي يتوقع أن يضع حكماً أو يتحكم في الدوافع المطلوبة لتجنب السلوك الذي ينتج عنه الضرر. (Oswald 1996).

أشكال العدوان

1. **العدوان العدائي Hostile Aggression**: إذ تعمد الطفل الانزلاق على السطح المائل كي يصدم طفلاً آخر أمامه وذلك انتقاما من هذا الآخر الذي سبق أن أغضبه في موقف ما، ومعنى هذا أن الطفل قد عقد النية على الأقل الانتقام بهذه الطريقة ،ويقال عن ذلك أنه مارس عدواناً عدائياً.

2. **العدوان اللفظي Veral Aggression**: ويظهر عندما يبدأ الطفل في الكلام، ويظهر رغبته نحو تحقيق الوصول إلى الهدف بصورة الصياح أو القول والكلام أو يربط السلوك العنيف مع القول البذيء verbal Abuse الذي غالباً ما يشمل السباب أو الشتائم والمنابزة بالألقاب ووصف الآخرين بالعيوب أو الصفات السيئة، واستخدام كلمات أو جمل تهديد.

3. **العدوان البدني physical Aggression**: وهو العدوان الذي يشترك فيه البدن في الاعتداء على الآخر – مثل استخدام الأرجل في الركل والرفس، والضرب؛ واستخدام اليدين كأدوات فاعلة في الضرب والصفع أو الخنق أو القتل، والأظافر للخدش أو استخدام الأسنان في العض، وربما يستخدم الرأس في توجيهه العدوان ويدخل في ذلك أيضاً: التشويه أو القتل والاغتصاب الجنسي والسلب بالإكراه تحت تهديد السلاح أو القوة والعنف الجسدي.

4. **العدوان الاشاري Signal Aggression**: وهو نوع من العدوان تستخدم فيه الإشارات . مثل إخراج اللسان أو حركة قبضة اليد على اليد الأخرى، وربما تستخدم وسائل إشارية أخرى.

5. **العدوان الوسيلي Instrument Aggression**: عندما يسلك الطفل بطريقة عدوانية وسيلية يكون لديه هدف معين، مثلاً حينما يحاول الطفل الانزلاق على السطح المائل ويلاحظ طفلاً آخر يقف في طريقه، وهكذا يقوم الطفل على دفع الآخر، وبذلك يكون قد أقدم على سلوك عدواني وسيلي ، وخطورة هذا النوع أن الطفل يتعلم الوصول إلى أهدافه عن طريق العدوان.

6. **العدوان السلبي Negative Aggression**: الإهمال صورة سلبية للعدوان، حيث يعبر عن اللامبالاة، وعدم الاكتراث بالآخر أو بالموضوع... أي عدم الاهتمام بحاجاته وإشباع رغباته، كما يتضمن التحقير والازدراء به حيث يقتضي الأمر عكس ذلك. (سعد المغربي،1987:27).

7. **العدوان الإيجابي Possitive Aggression**: هو الجزء العدواني من الطبيعة الإنسانية ليس فقط للحماية من الهجوم الخارجي، ولكنه أيضاً لكل الإنجازات العقلية وللحصول على الاستقلال وهو أساس الفخر والاعتزاز الذي يجعل الفرد مرفوع

الرأس وسط زملائه، ويبدو هذا المعنى واضحاً في قصص التاريخ.(عبد الرحمن العيسوي:1990، 361).

8. **العدوان المباشر Direct Aggression**: يقال للعدوان إنه مباشر إذا وجه الشخص مباشرة إلى الشخص مصدر الإحباط، وذلك باستخدام القوة الجسمية أو التعبيرات اللفظية وغيرها.

9. **العدوان غير المباشر Indirect Aggression**: ربما يفشل الطفل في توجيه العدوان مباشرة إلى مصدره الأصلي خوفاً من العقاب أو نتيجة الإحساس بعدم الندية فيحوله إلى شخص آخر أو شيء آخر تربطه صلة بالمصدر الأصلي.(إسامة فاروق:2002، 103)

10. **العدوان الفردي**: وهو عدوان يوجهه فرد آخر بعينه (صغيراً كان أو كبيراً) وهذا النوع من العدوان دوافع عديدة منها: دوافع التملك والاستحواذ أو دافع القوة والسيطرة أو للتنفيس عن عدوان كامن، التمرد على السلطة أو دفاع الفرد عن حقه في تأكيد ذاته، دافع المنافسة، دافع الشعور بالنقص أو التعويض أو لفت أنظار الآخرين.

11. **العدوان الموجه نحو الذات**: وهو عدوان يهدف إلى إيذاء النفس وإيقاع الضرر بها، ويتخذ صورة إيذاء النفس (self- mutilation) أشكالاً مختلفة: كتمزيق أو تحطيم الممتلكات الشخصية أو لطم الوجه أو شد الشعر، أو ضرب الرأس بالحائط أو جرح الجسم بالأظافر أو عض الأصابع أو حرق أجزاء من الجسم أو كيها بالنار أو السجائر، النظر إلى الذات نظرة دونية، أو تحقير الذات أو تقليل شأن الذات، وعدم اتباع نصائح الغير من الزملاء والمحيطين به.

12. **العدوان العشوائي**: وهو السلوك الذي يكون موجها نحو أهداف معينة واضحة وتكون له دوافعه وأسبابه البيئية ويخدم غرضاً أو يؤدي إلى نجاحات مادية أو معنوية لكن قد يكون السلوك العدواني أهوجاً أو طائشاً ذا دوافع غامضة غير مفهومة وأهداف مشوشة وغير واضحة ومن ذلك: وقوف الطفل ليضرب كل من يمر عليه من الأطفال بلا سبب، وربما جرى خلف الطفل المعتدى عليه وقد يمزق ثيابه أو يأخذ ما معه. (زكريا الشربيني:2000).

أسباب العدوان

ثمة تساؤلات عديدة عن عوامل أو أسباب العدوان، وما الذي يستثيره ويسبقه لماذا يبدأ الطفل بالإيذاء والتهديد للآخرين؟ وقد توصلت الدراسات والنظريات المختلفة بصدد

الإجابة عن هذه التساؤلات إلى طرح تفسيرات متعددة ومتباينة، وقد تبدو متناقضة في بعض الأحيان ولكنها في مجملها تقدم صورة كلية من تحليل لعوامل أو أسباب العدوان من مناحي متعددة: بيولوجية وسلوكية ونفسية وبيئية.

أولاً: العوامل البيلوجية

لقد ربطت البراهين بين إثارة مناطق معينة من الدماغ والاستجابة العدوانية فالجانب الخارجي لهيبوثلاموس يرتبط بعديد من الانفعالات ومنها الغضب والاستجابة العدوانية وأن الإثارة للحزمة الأنسية للدماغ الأمامي medial faebrianbundle تؤدي إلى إطلاق استجابة عدوانية شرسة في حيوانات التجارب بعكس إثارة المنطقة المحيطة بالبطين في المادة الرمادية التي تحدث استجابة أقل عدوانية كما لوحظ أن منطقة اللوزة Amygdaila لها دور في كبح العدوان . (محمود حمودة، 1993، وهناك من تناول دراسة العدوان من الناحية البيلوجية مثل دراسة مارتن ستن وآخرين Stein Martin, at al (2001) وتعرض هذه الدراسة حالة لطفل يبلغ من العمر 4 سنوات وهو يعاني من السلوك العدواني ونوبات الغضب المفاجىء والاندفاعية، ولقد أظهر فحص للغدد الصماء أن هذه السلوكيات تحدث بسبب الإنتاج الزائد لهرمون منشط الذكورة (هرمون الاندروجين) الناتج عن عيب خلقي لدى الطفل، فربما تكون زيادة الهرمونات لها دور في ظهور العدوان لدى الأطفال.

وإن الأسباب البيلوجية ترجع أسباب العدوان إلى عوامل ترتبط بالجهاز العصبي أو الجهاز الغددي ، حيث ترى أن العدوان يكثر لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب أو تلف في الجهاز العصبي ، كما أنه يرتبط بدرجة كبيرة بزيادة إفراز أهرمون الجنسي المعروف باسم التوستيسترون، فكلما زادت نسبة تركيزه في الدم زاد احتمالية حدوث السلوك العدواني.

الأسس البيلوجية: إن للعدوان عادة ما تأخذ واحداً من مناحات ثلاثة هي:

1. أن العدوان سلوك غريزي، منظم وراثياً قد تم تشكيله خلال عمليات التطور وضبط بواسطة منبهات نشأت في الأصل في سياق التطور.
2. أن العدوان هو أساس استجابة لنشاط هرموني أو لغيره، من العمليات الكيميائية الحيوية.
3. أن العدوان يعكس نشاطاً كهربائياً في الجهاز العصبي المركزي.

والواقع أن ما يتوفر من بيانات عن معظم السلوك العدواني يمكن تفسيره بواسطة عوامل تطورية أو وراثية، أما ما يقال من أن الإنسان عدواني بالفطرة فدلائله واهية ضعيفة للغاية، وذلك في مقابل ما يتوفر من دلائل كثيرة وقوية من أن العوامل الخبرية والاجتماعية هي أكثر تأثيراً بشكل هائل من العوامل أو الأسباب المتعلقة بالجينات أو الغرائز في تحديد أفعال عدوانية معينة.

ثانياً عوامل بيئية

نجد أن دراسات أوضحت أن الأسباب البيئية ربما يكون لها دورها الفعال لأطفال ما قبل المدرسة في سلوكياتهم العدوانية، وهناك من يرى أن الأسباب الوراثية لها دور فعال في حدوث العدوان للأطفال، وكل من يؤيد السبب الكامن وراء العدوان يستند إلى الأسباب التي تساعد على ذلك إلا أنه لم يحسم الموضوع حتى الآن، ولا يزال الجدل حائراً بين الأسباب البيئية والأسباب الوراثية.

وتتضح الأسباب البيئية من خلال الأسرة والمدرسة والرفاق:

1. الأسرة: فالأسرة لها الدور الرئيسي في تنشئة الفرد حيث تحول الفرد من كائن حي بيولوجي إلى كائن حي اجتماعي، وكلما كانت الأسرة تتمتع بالصحة النفسية السليمة ينشأ الطفل ولديه صحة نفسية سليمة. إما إذا حدثت الخلافات والتفكك الأسري والطلاق، وفقدان الترابط الأسري، وعدم رعاية الوالدين للأبناء معاملة لا يفهم من خلالها إلا القسوة والعنف والظلم مما ينعكس على الأبناء فيصبح لديهم الإحساس بالظلم والعدوانية والرغبة في الانتقام.
2. المدرسة: تعد المدرسة من إحدى مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي من خلالها تتشكل شخصية الفرد، فنجد المدرس يعد قدوة للطالب من حيث سلوكياته وأخلاقه فإذا كانت تتصف بالعصابية والعدوان يتأثر التلاميذ بها، وعندما يطلب المعلم من التلميذ أعمالا تفوق قدراته واستعداداته ولا تتفق مع ميوله مما يشعره بالإحباط يصبح التلميذ عدوانياً، وهناك بعض المتغيرات في البيئة المدرسية ربما تحبط الطفل أو التلميذ ميولاً منها: صعوبة المنهج المدرسي، الفشل الدراسي وصعوبات التعلم في القراءة أو الكتابة كل ذلك يخلق ميولاً عدوانية لدى التلميذ.
3. جماعة الرفاق: إن جماعة الرفاق لها دور في تكوين شخصية الطفل، فإذا كان يحس بالثقة بالنفس ولديه القدرة على التعبير عن ذاته وعدم شعوره بالنقص فيصبح يتمتع بالصحة

النفسية السليمة، إذ إذا كان التلميذ يشعر دون ذلك من حيث عدم احترام زملائه له وشعوره بالنقص وسطهم مما ينعكس بدوره على شخصيته فيشعر بالإحباط والعجز والعدوان.

ثالثاً: العوامل النفسية والسلوكية

لقد أوضح محمد عبد المؤمن (1986) عدداً من العوامل والأسس النفسية والسلوكية المسببة للعدوان وكذلك يركز سعد المغربي (1987) على العوامل والظروف المهيئة للعدوان وهي كالتالي:

1. فقدان الشعور بالأمن نتيجة للحرمان والإحباط: إن الوعي بالإحباط والحرمان يعني الخطر والتهديد بإشباع حاجات الإنسان الأساسية التي تحمي وجوده وتحافظ على بقائه ومن ثم إذا تعذرت أو انعدمت أمامه مسالك التعبير عن هذا الخطر وتغييره بالوسائل السليمة المشروعة استثيرت في نفسه النزعة العدوانية فيلجأ إلى العدوان بصوره ودرجاته المختلفة متجهاً إلى تحطيم مصادر الإحباط ورموزه سواء على مستوى الفرد الذي يأخذ شكل الجريمة أو مستوى الجماعة الذي يأخذ شكل التمرد والثورة.
2. غياب العدالة: ونعني بها غياب العدالة في توزيع الدخول والمكاسب والتضحيات والإشاعات بالإضافة إلى فقدان القيمة الحقيقية للعمل، والاختلاط ضرورة بين من يعمل ومن لا يعمل ويأتي الاضطراب والظلم في توزيع المكانة والأدوار والقدرة على الإشباع وهذا كله من شأنه استثارة العدوان في أشكاله المختلفة كالسلبية واللامبالاة والتخريب.
3. تهديد وامتهان الذات وفقدان الاعتبار: أي بمعنى غياب المعنى والقيمة والكرامة الإنسانية فالإنسان كائن متعال وأعلى مخلوقات الله متجاوز لكيانه البيولوجي فهو لذلك يرفض أن يعامل كحيوان أو كشيء يسعى باستمرار لكي يعطي لوجوده المعنى والقيمة.
4. غياب الحرية: غياب الحرية يقوم على البطش والعقاب الإرهابي ومن ثم يتولد الخوف والفزع في نفوس الناس حيث يعمد البعض للسيطرة على الاضطرابات والانحرافات الخلقية في تعاطي الخمور والمخدرات كما يمكن السيطرة عليه بممارسة العدوان على الأدنى والأضعف.
5. غياب السلطة الضابطة أو اضطرابها: المجتمع الذي يخلو من سلطة ضابطة في العقاب جنباً إلى جنب مع الثواب وبطريقة عادلة وإنسانية فورية يحرض أفراده وجماعاته

ويستفزهم للعدوان حيث يلجأون بأنفسهم إلى ممارسة السلطة وتوقيع العقاب ولكن بطريقة انتقامية تقوم على الحقد والبغض والكراهية حيث لا تتوفر في السلطة العامة المحايدة والموضوعية وفي هذه الحالة يكون العدوان قاسياً وإرهابياً ويدفع إلى مزيد من العدوان والعدوان المضاد.

6. غياب أو ندرة الغرض في التعبير عن العدوان الحميد باعتباره نشاطاً إيجابياً: الإنسان ككائن فعال ومؤثر لا يكف عن إثبات وجوده وحضوره لأنه يملك إمكانيات العقل والتأثير فإذا وجد في مجتمع يخلو من عناصر الإثارة ومن عناصر التحديات التي توقظ إمكانياته وقدراته هو مجتمع يشيع فيه الجمود والكآبة والملل والرتابة؛ مجتمع يفتقد فيه الفرد من يستمعون إليه أو يستجيبون لحاجاته أو نداءاته أو آرائه. (سعد المغربي 1987، 32:34).

النظريات المفسرة للعدوان

يعد العدوان من القضايا النظرية الهامة في مجال البحث العلمي وسيظل أحد الموضوعات الجديرة بالبحث والتمحيص والدراسة حيث يرى الكثير من الباحثين أن السلوك العدواني شأنه شأن أي سلوك إنساني متعدد الأبعاد متشابك متباين الأسباب بحيث لا يمكننا رده إلى تفسير واحد ومع تعدد أشكال العدوان ودوافعه تعددت النظريات التي فسرت السلوك العدواني وبصفة خاصة النظريات المعرفية.

أولاً: وجهة نظر التحليل النفسي

لقد أوضح "فرويد" أن الغريزة عبارة عن مجموع الطاقات النفسية التي تعطي توجيهات العمليات النفسية وإلى أن لها مصدراً، وهدفاً، وموضوعاً، وقوة اندفاع وقد تنقسم الغرائز إلى مجموعتين هما: غرائز الحياة وغرائز الموت وتقوم غرائز الموت بعملها بطريقة خفية فالمعروف عنها قليل إلا أنها تؤدي رسالتها ولكن مشتقات غرائز الموت من أهمها التدمير والعدوان. (كالفن س. هول 1988: 65).

ونظرة فرويد وافتراضاته حول أصول ونشأة العدوانية أكثر تشاؤماً ليس فقط في طبيعة مثل هذا السلوك الغريزي ولكن أيضاً في عدم إمكانية تجنبه كونه حتمياً وإذا لم توجه غريزة الموت إلى الخارج تجاه الآخرين فإنها تتجه في الحال إلى تدمير الذات. (Robert , 1980, p. 47)

بين زيلمان (1979) أن "فرويد" وجد أخيراً شعاعاً من الأمل خلال عمليات التنفيس(Catharasis) واقترح أن تفريغ "غريزة الموت" ربما تنتج خلال التعبير عن العدوانية بالانفعالات مثل الغضب وعموماً فإن هذه التأثيرات تبدو بسيطة وقصيرة في طبيعتها وهنا يظهر أنه كان بعيداً عن التفاؤل في إمكانية ضبط أو منع العدوانية البشرية (Zillman 1979,p.31).

افترض "فرويد" وجود غريزتين رئيسيتين عند الإنسان هما غريزة الحب والجنس وغريزة العدوان واعتبر عدو ن الإنسان على نفسه أو على غيره تصرفاً طبيعياً لطاقة العدوان الداخلية التي تنبهه وتلح في طلب الإشباع ولذا فهو "يعتبر العدوان تدميراً للذات في الأصل وقد اتجهت إلى الخارج نحو الموضوعات البديلة فالشخص يقاتل الآخرين وينزع إلى التدمير لأن رغبته في الموت أقوى من غرائز الحياة بالإضافة إلى عقبات أخرى في شخصية تتصدى لغرائز الموت. (كالفن. س. هول ،جاردنزليندزي،1978).

ويتفق "أدلر" Adler مع "فرويد" في اعتبار العدوانية غريزة فطرية ولكن يختلف معه من ناحية استقلالها التام عن غريزة الجنس، فيعتبر "أدلر" أن العدوانية أكثر أهمية من الجنس وسماها (إرادة القوة) حيث إنه يمثل القوة بالذكورة والضعف بالأنوثة ولكنه تخلى بعد ذلك عن إرادة القوة مفضلاً عنها الكفاح في سبيل التفوق واعتبر أن الهدف النهائي للإنسان أن يكون عدوانياً وأن يكون قوياً متفوقاً. (كالفن س. هول، جاردنزليندزي، 1978: 63)

نظرية ميلاني كلاين Melanie Klien

لم تكن غريزة الموت فطرية ولكنها حقيقة ملموسة اكتشفتها في عملها فإن مشاهدتها الإكلينيكية أقنعتها بأن غريزة الموت كانت غريزة أولية وحقيقة يمكن أن تقدم نفسها على أنها تقاوم "غريزة الحياة" فالطمع والغيرة والحسد واضحة "لكلاين" كتعبيرات (أعراض إكلينيكية لغريزة الموت) وهدف العدوان هو التدمير والكراهية والرغبات المرتبطة بالعدوان تهدف إلى:

- الاستحواذ على كل الخير (الجشع Greed).
- إن ترغب مثل الشيء الطيب (الحسد Enuy).
- إزاحة المنافس (الغيرة Jealousy).

وفي هذه الثلاثة نجد أن تدمير الشيء وصفاته أو ممتلكاته يمكن للوصول إلى إشباع الرغبة فإذا أحبطت الرغبة تظهر وحدات الكراهية. (Rizzuto et, al , 1993: 35-37).

وبذلك يتضح من نظرية التحليل النفسي أن غريزة العدوان هي غريزة فطرية موجودة في الإنسان، وبذلك فقد أهملت عوامل أخرى كثيرة قد تساعد على ظهور الاستجابة العدوانية منها قدرة الإنسان على التعلم وليس هذا فحسب بل عملية التنشئة الاجتماعية وانعكاس ذلك الدور على مظاهر السلوك العدواني والإنسان له إرادة وعقل يفكر به ويستطيع من خلالهما أن يكبح جماح هذا السلوك العدواني فإرجاع العدوان للفطرة فقط شيء صعب جداً في عالمنا هذا مع الاتجاه العلمي.

ثانياً: وجهة النظر السلوكية

يفسر مؤيدو هذه النظرية أن السلوك العدواني على أنه متعلم بالأشراط وذلك عن طريق الثواب والعقاب وخاصة في مراحل الطفولة المبكرة وقد افترض سكنر (skinner) في نظريته عن الإشراط (التعلم الإجرائي) أن الإنسان يتعلم سلوكه بالثواب والعقاب وعن طريق التعزيز الذي يلي الاستجابة ومقدار هذا التعزيز والسلوك الذي يعاقب عليه ، يقلع عنه. (جورج أي نورمان ، 1986: 23).

فالإنسان عندما يسلك سلوكاً عدوانياً إذا ما عوقب عليه كف عنه وإذا ما كوفئ وشجع عليه أو تسامح فيه كان أميل لتكراره في المواقف المماثلة وقد وجد كل من والتر وبراون (Walters& Broun) أن مكافأة الطفل على عدوانه تنمي العدوانية عنده حتى ولو كانت مكافأته غير منتظمة فيكفي تدعيم العدوان مرة واحدة حتى يرسخ ويصعب تعديله بعد ذلك. (كمال مرسي ،1985: 54).

نظرية الإحباط – العدوان

ويرى دولارد وزملاؤه أن ظهور السلوك العدواني يفترض أن يسبقه دائماً إحباط والعكس صحيح ، فإن وجود الإحباط يؤدي دائماً إلى شكل من أشكال العدوان ويفصل دولارد وزملاؤه (1939) افتراض الإحباط – العدوان من خلال تحديد أربع مجموعات من العوامل:

1. العوامل المحددة لقوة الاستثارة إلى العدوان.
2. العوامل ذات العلاقة بإعاقة العدوان.
3. العوامل المحددة للهدف الذي يوجه إلى العدوان.
4. العوامل المتعلقة بتخفيض الاستثارة إلى العدوان.

ويرى (دولارد وزملاؤه) أن قوة الاستثارة إلى العدوان تختلف باختلاف ثلاثة عوامل:

1. قوة الاستثارة إلى الاستجابة المحبطة.
2. درجة الإعاقة التي تتعرض لها الاستجابات المحبطة.
3. عدد تسلسلات الاستجابات المحبطة. (ت.أ. اسكودج – سكوبلر ، 1994: 38).

وقد تناول دولارد وزملاؤه في كتابهم الإحباط العدوان (frustration& Aggression).

لذا يفترض أن العدوانية القوية للأفعال والسلوكيات العدوانية أي أن العدوانية تعزى إلى إثارة دافعية خارجية أكثر منها مصادر فطرية داخلية. (Robert, 1978 P. 293)

ولقد أوضح سيزر أن العدوانية تنبعث كجزء من التنشئة الاجتماعية عفوياً بقدر انبعالها عن تخطيط أن العدوان يتكون كنتيجة لفعل أو من نقص فعل.

أولاً: ينبع العدوان كنتيجة للإحباط الذي هو جزء فطري من النمو ، العدوان في شكل غضب أو اهتياج أو بورة يجب أن ينظر إليها كنتيجة للإحباط، ذلك لأنه يحدث كجزء من محاولة قوية وأن تكون قائمة لتحقيق هدف يختبره الفرد على أنه لا يستطيع التوصل إليه (هنري ومايز ، 1992: 190-195)

ويعتبر أصحاب نظرية (الإحباط – العدوان) السلوك العدواني على أن سببه الإحباط واعتبروا العدوان استجابة فطرية للإحباط تزداد شدته، ويقوى حدوثه كلما زاد الإحباط وتكرر حدوثه وإذا منع الإنسان من تحقيق هدفه وتوقفت استجاباته شعر بالإحباط واعتدى بطريق مباشرة وغير مباشرة وأول من تناول هذه النظرية (دولارد وزملاؤه ، 1939) فهم يفترضون أن السلوك العدواني إنما يرجع إلى الإحباط والإحباط قد يؤدي إلى السلوك العدواني. (Berkowitz, 1962, PP 26-2)

ويفسر (زيلمان) هذا الافتراض بأن الإحباط ينتج عن إعاقة السلوك الموجه ومنعه مما يؤدي إلى إثارة الدافع العدواني والذي يؤدي تباعاً إلى أداء الأفعال العدوانية الظاهرة وهكذا. يتضح أن الإثارة الناتجة عن المثير الدافعي الخارجي المؤدية إلى السلوك العدواني يمكن التحكم فيها والسيطرة عليها أي أنه إذا أمكن إزالة كل المصادر الخارجية فسوف تستطيع التقليل أو التخلص من العدوانية أو من حدوث العنف البشري. (Zillmen, 1979, P.33)

يرى القائلون بنظرية التعلم الاجتماعي وإلى رأسهم جوليان ب. روتر أن السلوك المنحرف يخضع لمبادئ التعلم الاجتماعي ولا يحتاج على مبادئ أخرى لفهمه وتفسيره، وهم

يرون أن السلوك المنحرف والذي يطلق عليه آخرون السلوك المرضي هو السلوك غير المرغوب فيه وفقاً لمجموعة من المعايير والقيم ، وأنه سلوك سبق تعلمه واحتفظ به الفرد لأنه يتوقع باحتمال أكبر أن هذا السلوك يؤدي على تدعيم هذه القيم (أو أنه يؤدي على تجنب عقاب محتمل، أو أنه يقلل من احتماله) ويرون أيضا أنه سلوك قد تعلمه الفرد في إطار اجتماعي وبالاستناد إلى الأهداف التي أكتسبت قيمة نتيجة لعلاقتها بالآخرين. (جوليان روتر ، 1989: 107).

ثالثاً: نظرية التعلم الاجتماعي Social learning Theory

تنظر هذه النظرية إلى العدوانية أساس كشكل نوعي بين السلوك الاجتماعي المتعلم الذي يكتسب ويستمر بنفس الطريقة التي يتم بها اكتساب باقي الأشكال الكثيرة الأخرى من السلوك وطبقاً لوجهة النظر هذه فإن الكائنات البشرية لا تتعدى نظراً لما هو موجود قائم بالداخل ولكن الاندفاعات نحو هذا السلوك تستثار بواسطة تشريطات أخرى موجودة في البيئة ويلخص باندورا Banduro أسباب قيام الأفراد بالسلوك العدواني إلى:

1. أنهم اكتسبوا الاستجابات العدوانية خلال خبراتهم الماضية.
2. أنهم تلقوا تعزيزاً أو مكافآت لأدائهم لبعض الأعمال العدوانية.
3. أنهم أثيروا مباشرة للعدوان بواسطة التشريطات البيئية أو الاجتماعية النوعية والخاصة. (Bandura & walters , 1977, P. 49)

وقد أشار كل من باندور (1988، 1986، 1977) ، لويس كامل مليكه (1990) وورينهارت ووينستن (Renehart& Winston) (1990) بسرية صادق ، زكريا الشربيني (1987) ، إلى أن التعلم الاجتماعي يحدث في رأي باندورا عندما يلاحظ طفلاً آخر أو نموذجاً ثم يقلد أفعال الطفل أو النموذج أن هناك أربع عمليات أساسية تدخل في التعلم الاجتماعي وهي :

1. الانتباه: فلكي يتعلم الطفل لابد له أن يراقب النموذج مراقبة لاصقة ونعتقد أنه هام لما ونأمل الاستفادة منه وأن يكون النموذج جذاباً لأن النماذج الجذابة جديرة بالملاحظة أكثر من غيرها بالإضافة للحوافز مثل التدعيم الحتمل لانتباه الحدث.
2. الحفظ: إذ ينبغي على الطفل تحويل سلوك نموذج الملاحظ على صور ذهنية يختزنها في الذاكرة مع الإشارة بأن التعبير اللفظي يسرع في عملية التعلم.

3. التقليد: وهو قدرة الطفل على تقليد النموذج حركياً (من الناحية الجسمية) وقد أشار باندورا (Bandura) (1982-1985) عن رينهارت ونستن (Rinchart& Winston) (1990) أن مراقبة الذات بواسطة كاميرا فيديو تيسر تعلم المهارات الحركية.
4. الدافعية: أن يكون لدى الطفل الميل والدافع لتقليد النموذج. (يسرية صادق ، زكريا الشربيني: 1987: 197).

علاج العدوان

علاج السلوك العدواني للأطفال والمراهقين يجب أن يشمل دراسة الحالة والبيئة المحيطة به والتي تتمثل في الأسرة، المدرسة، جماعة القران والبحث عن الأسباب التي تقود إلى العدوان لدى الطفل وفي العلاج يمكن استخدام أكثر من أسلوب في التفاعل مع العدوان تتمثل في :

أولاً: العلاج السلوكي

يقوم هذا العلاج على إحداث تغييرات في بيئة الفرد التي تتمثل في الأسرة والمدرسة والوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل العدواني ويركز العلاج السلوكي للطفل العداوني على خلق الجو الذي يمنع النزاع ويثير السلوك العدواني وذلك بتوظيف برامج التعديل السلوكي المناسبة التي تعتمد على الأساليب المتعددة منها:

1. التعزيز التفاضلي : يتم تعزيز السلوكيات الإيجابية الاجتماعية أو الاستجابات التي تكون باتجاه السلوك الجيد وتجاهل السلوك العدواني وعدم تعزيزه.
2. التدعيم السلبي: وهو يستخدم أسلوب الإبعاد وهو من أساليب العقاب التي تستخدم عند إتيان سلوك عدواني إبعاد الطفل عن التدعيم بعد قيامه بهذا السلوك غير المرغوب فيه ، وأيضاً عزل الطفل المشاغب لفترة من الزمن بعد قيامه بالسلوك غير المناسب، وحرمانه من الأشياء المدعمة (لويس مليكة: 1990، 264).
3. التدعيم الإيجابي: عندما يقوم الطفل بسلوك إيجابي ناضج بعيداً عن العدوان في معاملاته مع الأقران يُثنى عليه ويمنح شيئاً ساراً ومرغوباً.
4. التدريب على مهارات الاسترخاء: وهي مهارات يتعلمها الطفل بتأديتها أثناء الانفعال والغضب حتى يشعر بعد تأديتها بالراحة والاسترخاء.
5. التدريب على سجلات مراقبة الذات:

بتدرب الشخص في هذه الخطوة على تسجيل نتائج السلوك وهي ثلاثة:-

- السلوك أو الأفكار أو المشاعر المنتقدة.
- المواقف والأحداث التي تجعل هذا السلوك يظهر.
- المواقف والأحداث التي تتبع هذا السلوك.

6. التدريب على تأكيد الذات: باتباع الإجراءات التالية :

- تجريد انفعالات الآخرين الغاضبة من قوتها.
- التعمية والإرباك
- أسلوب الأسطوانة المشروخة.
- التساؤل السلبي.
- أسلوب لعب الدور.

7. العلاج المعرفي: وذلك بإبدال الأفكار غير المرغوب فيها بأفكار أخرى مرغوب فيها وبناء على ذلك يتم تعديل السلوك غير المرغوب فيه (العدواني) بسلوك مرغوب فيه .

8. التصحيح الزائد للسلوك العدواني ويتم هذا من خلال إجراءات مثل :

- الطلب من الطفل إعادة ممتلكات الآخرين عندما يأخذها منهم بالقوة والاعتذار لهم عن هذا السلوك.
- الطلب من الطفل طلب السماح والصفح من الآخرين عندما يتصرف بطريقة عدوانية تجاههم.
- التحذير اللفظي للطفل بضرورة عدم تكرار مثل هذا السلوك العدواني.
- الممارسة السلبية: وفيها يطلب من الفرد تكرار السلوك العدواني الذي قام به تجاه الآخرين مرات ومرات (تمثيل الفعل) والهدف من ذلك تحقيق الإشباع والتعب لدى الفرد على نحو يجعله يكف عن مثل هذا السلوك لاحقاً. (أسامه فاروق:2002، 76-79)

ثانياً: العلاج الأسري

يهدف العلاج الأسري في مواجهة السلوك العدواني إلى تدريب الآباء على الأساليب السوية في معاملة الأبناء وإرشادهم لأساليب التعامل الأسري وذلك على النحو التالي:

1. الإقلال- كلما أمكن من التدخل في أعمال الأبناء حتى لا يشعرون باليأس ويلجأون إلى العناد والعدوانية على أخوتهم وأقرانهم.
2. أن يقلع الآباء عن عصبيتهم وثورتهم لأتفه الأسباب أمام الأبناء حتى لا يقلدهم الأبناء ويكونون قدوة لهم.
3. أن يقلع الآباء عن الحزم المبالغ فيه والسيطرة الكاملة والرغبة في إطاعة الابناء لأوامرهم طاعة عمياء وتجاهلهم حاجات الأبناء وعدم تقبلهم أساليب الأمر والنهي دون مناقشة.
4. إذا أخطأ الابن فيجب أن يتجنب الآباء استفزازه أو معايرته بالخطأ.
5. ألا يقابل الآباء غضب أبنائهم بالغضب بل يكونون قدوة حسنة للأبناء في الرزانة وضبط النفس.
6. توفير الجو العائلي الهادئ الذي يسوده الحب والتفاهم والتعاون والثقة المتبادلة والاحترام المتبادل بين الجميع.
7. يجب على الآباء شغل أوقات الفراغ لدى أبنائهم المراهقين باللعب والرياضة ليتعلموا الأخذ والعطاء ويستنفذوا الطاقة الجسمية الزائدة فتختفي الميول العدوانية لديهم (كلير فهيم: 1999، 94-95)
8. تنمية القيم الأخلاقية والوازع الديني لدى الأبناء وبيان مساوئ السلوك العدواني وآثاره، في جو يمتاز بالأمن والدفء والهدوء.
9. تدريب الطفل على مهارات السلوك الاجتماعي بشكل تدريجي وتقليل درجة الحساسية نحو المواقف التي تثير الغضب لديه وتشجعه على العدوان. وإحاطة الطفل بالعطف والحب والحنان وإشعاره بالدفء والأمان و تقليل مشاهدة الطفل لبرامج وأفلام العنف المعروضة في التليفزيون.

السرقة Stealing

تعريف السرقة

يعرف البعض السرقة على انها استحواذ الفرد على ما ليس له فيه حق، وبإرادة منه، وأحياناً باستغفال مالك الشيء المراد سرقته أو تضليله.

ولقد أوضح مصطفى فهمي (1965) أن من الأساليب التي تساعد في تكوين اتجاه سلبي نحو السرقة، وعلى تكوين اتجاه إيجابي نحو الأمانة؛ تبصير الطفل بقواعد الأخلاق

والتقاليد الاجتماعية الواجب مراعاتها ، وذلك باحترام حقوق الطفل فيما يملك من أدوات خاصة وتخويله حق التصرف. ويبين محمد عبد المؤمن (1988) أن السرقة سلوك اجتماعي يمكن اكتسابه عن طريق التعلم ثم أن الطفل الذي لم يتدرب على أن يفرق بين خصوصياته وخصوصيات الغير وملكيته وملكية الغير في محيط أسرته يصعب عليه بعد ذلك أن يفرق بين حقوقه وحقوق الغير.

وحوادث السرقة البسيطة في مرحلة الطفولة المبكرة شائعة جداً، وهي تميل عند الأطفال إلى بلوغ ذروتها في حوالي عمر 5-8 سنوات ومن ثم تبدأ بالتناقص.

وينمو الضمير بشكل بطيء عند الأطفال كلما ابتعدوا تدريجياً عن اتجاه التمركز حول الذات والإشباع الفوري لدوافعهم، ومن بين جميع المشكلات السلوكية في مرحلة الطفولة، تعتبر السرقة إثارة قلق الآباء حيث يرونها نموذجاً للسلوك الإجرامي مما يولد الخوف في قلوبهم، علماً بأن السرقة العادية إذا استمرت بعد سن عشر سنوات ، فإنها على الأرجح علامة على وجود اضطراب انفعالي خطير. (شارلز شيفر ، هوارد وميلمان ، 1989).

ومن الناحية النفسية: فإن السرقة سلوك صادر عن حاجة أو رغبة في الاستحواذ أو التملك وتؤدي إلى وظيفة معينة، ولها مظاهر متعددة أهمها: الاعتداء على حقوق الغير، والخيانة، وعدم الوفاء بالأمانة، مع سوء التوافق النفسي (نتيجة الشعور بالذنب)، وسوء التوافق الاجتماعي (لانحراف سلوك صاحبه).

ويتضح من هذا التعريف ما يلي:

- تتم السرقة بإرادة الطفل بدافع الاحتفاظ بالشيء المسروق ، وهي ناتجة عن غريزة حب التملك instinct of Possession وليست إلا امتداداً لمصلحته الذاتية .
- السرقة تتم بعيداً عن عيون الآخرين : فالطفل السارق دائماً مجهول الهوية بسبب ما يقوم به من محاولات تستر على نفسه وعلى ما يفعله.
- السرقة سلوك يحدث بصورة مطردة : فهي عمل أو فعل مدبر يقوم به الطفل بين الحين والآخر، أوهي سلوك مستمر تتم ممارسته كل يوم بهدف الاستمتاع بالشيء المسروق وتفادي الانكشاف والعقوبة. (زكريا الشربيني ، 1994، 25).
- تعد السرقة من المشكلات الاجتماعية، وهي أحد أنماط السلوك المضاد للمجتمع Antisocial Behavior ومثل هذه المشكلة لا ترتبط بمرحلة عمرية معينة من مراحل العمر. فقد تسود كل المراحل العمرية مع اختلاف في دوافعها وأشكالها وأساليب

تنفيلها. وقد تظهر من خلال مرحلة الطفولة المبكرة، أي بين سن الرابعة والثامنة من العمر وتتطور لتصبح جنوحاً ما بين السنة العاشرة والثانية عشرة، وقد تستمر خلال مرحلة المراهقة والمراحل اللاحقة لتصبح عادة سلوكية لدى الفرد (شيفر وميلمان، 1999).

- تعد السرقة من أنماط السلوك المتعلمة، إذ تكون في البداية نوعاً من الاضطراب السلوكي، وتتطور لتصبح جنوحاً أو عادة بسبب العوامل البيئية التي تعزز مثل هذا السلوك، وتتمثل السرقة في نزعة الفرد على الاستحواذ على أشياء وممتلكات الآخرين بدون وجه حق من خلال استغفالهم وتضليلهم. هذا وتختلف دلالات السرقة باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد. ففي المرحلة العمرية المبكرة قد يسرق الطفل لعب الآخرين بسبب عدم إدراكه لمفهوم الملكية أو مفهوم السرقة أو بسبب التمركز حول الذات. وفي مراحل أخرى قد يقف السبب وراء السرقة في إشباع دوافع الحرمان أو العدوان أو الحاجة أو إشباع دوافع أخرى، وقد يقف السبب وراء السرقة أيضاً حب التملك أو نتيجة معاناة الفرد من بعض الاضطرابات النفسية مثل هوس السرقة.

والأطفال المضطربون سلوكياً قد يبرعون بسرقة أشياء بسيطة في المنزل كالطعام والنقود والأقلام والصور ..... وغالباً ما تكون المسروقات شيئاً يؤكل يمكن التخلص منه. وقد يكون المسروق يتطلب الاختزان فترة على أمل الاستفادة منه والتمتع به فيما بعد ، وقد تكون المادة المسروقة بالإمكان بيعها، وقد تكون الأشياء التي يقبل الطفل على سرقتها ذات فائدة استهلاكية مثل الساعات والنظارات.

أشكال السرقة

1. **السرقة الكيدية:** بعض الأطفال يلجئون إلى سرقة الأشياء عقاباً إما للكبار أو الأطفال مثلهم حتى يصيب هذا الشخص المسروق الهلع والفزع، وذلك نتيجة وجود كراهية أو دوافع عدوانية تجاه الآخرين.
2. **سرقة حب التملك:** إن أغلب الأطفال مارسوا نوعاً من السرقة، وإن الأمر ينطوي على إشباع حاجة بدأت مع النزوع للاستحواذ على مستوى من العاطفة في مراحل النمو النفسي الأولى برغبة الطفل الرضيع في الاستئثار بالأم وقد ينجح مما يدفعه بالتدريج إلى محاولات الاستحواذ على أشياء أخرى، وإن هذا الأمر ظاهرة طبيعية مرغوبة في السلوك

اليومي إن ظلت ضمن الحدود القيمية التي تتيح للطفل فرصة تحقيق كيان ووجود متميز مزود بمستلزمات بسيطة كاللعب، والممتلكات الخاصة التي تساعده في الاستقلالية.

3. **السرقة كحب للمغامرة و الاستطلاع:** قد نرى بعض الأطفال يتطورون غياب حارس الحديقة للسطو على قليل من ثمارها قد لا تكفي طيراً، إلا أن دافع السرقة هنا ليس الجوع و الحرمان ولكن حب الاستطلاع والمخاطرة وروح المغامرة، وقد يسرق الطفل طعاماً لم يره من قبل ولم يتذوقه.

4. **السرقة كاضطراب نفسي:** إن العوامل النفسية وراء السرقة كثيرة ومتشعبة، ولا يمكن تفسير سلوك السرقة بدافع واحد مثل الحاجة إلى النقود أو الجوع أو الاستطلاع، وقد تتفاعل العوامل النفسية مع عوامل بيئية، وقد تكون السرقة جزءاً من حالة نفسية أو ذهنية مرضية يعاني منها الطفل وتظهر بشكل اضطراب سلوكي مثير، له دوافعه النفسية العميقة ناتج عن صراعات مرضية شاذة في نفس الطفل، لا يمكن معرفتها إلا بالتحليل النفسي،وقد يسرق الطفل نتيجة استقرار بنائه النفسي على الأخذ فقط دون العطاء، ونتيجة لتصوره أن الحياة عبارة عن أخذ فقط دون عطاء.

5. **السرقة لتحقيق الذات:** قد يلجأ الطفل إلى السرقة لإشباع ميل أو رغبة يرى فيها نفسه سعيداً أو ظهرت بصورة أفضل، كالذي يسرق نقوداً للذهاب للسينما ليحكي عن الأفلام مثل غيره من الأطفال، أو ليركب دراجة مثل أصحابه، وربما كان فشله الدراسي خلف محاولة تعويضه بالظهور مادياً على غيره من الأطفال.

6. **السرقة نتيجة الحرمان:** قد يلجأ الطفل إلى السرقة تعويضاً للحرمان الذي يقاسيه .....فقد يلجأ إلى سرقة ما هو محروم منه أو ما يساعده على الحصول على ما حرم منه. (زكريا الشربيني ، 2000: 204).

أسباب السرقة

1. **عوامل أسرية:** ربما تكون السرقة تعويضاً رمزياً عن غياب الحب الأبوي أو الاهتمام أو الاحترام أو المودة، ومن غير المستبعد أن تبدأ السرقة بعد ترك أحد الأبوين للبيت أو وفاته. ومن الجدير بالملاحظة النتائج التي تشير على أن الأحداث المنحرفين والذين يتورطون باستمرار في أشكال مختلفة من السلوكيات اللاإجتماعية يكونون في الغالب من أسر تتصف بإدمان الأب على الكحول والجريمة، والتنشئة الأسرية غير السليمة التي كثيراً ما تتسم بالنبذ التام للأطفال. (شارلز شيفرد ، هوارد ميلمان، 1989: 444).

فالمناخ الأسري المشحون بالتوترات أو عصبية الوالدين والخلافات المستمرة التي تجعل الوالدين يتجاهلان الطفل ولا يوفران مطالبه المادية نتيجة هذه المشكلات الأسرية -- عوامل تجعل الطفل يحاول النيل منهما عن طريق السرقة. وقد يكون أحد الوالدين منحرف السلوك أو مدمناً أو هو نفسه محترفاً للسرقة، أو إذا نشأ الطفل في بيئة إجرامية عودته على السرقة والاعتداء على ملكية الغير، أو يكون الوالدان في حالة فقر شديد أو تأخر عقلي ولا يمكنهما توفير مطالب الطفل الأولية فيلجأ إلى السرقة لإشباع حاجاته أو للشعور بالقوة .... خاصة إذا استطاع الإفلات من العقاب . (ملاك جرجس: 1986، كلير فهيم : 1993)

2. **جماعة رفاق السوء:** ربما يكون الطفل قد قام باختيار نموذج سيء للإقتداء به، وأنه قد رأى أحد الأصدقاء أو الأخوة وهو يسرق ومن ثم قام بالتوحد مع هذا الشخص، كما أنه ليس نادراً ما يسرق الطفل من أجل الحصول على رضا جماعة الرفاق. والمراهق الفاشل دراسياً يحاول إثبات وجوده مع زملائه من أقران السوء في التصرف غير العادي عليهم في نزوات كالتدخين، ودخول السينما، أو الخروج مع الفتيات - وبذلك يعوض عن النقص والشعور بالعجز في الدراسة.

والمراهق الذي يسرق ليثبت لأصدقائه وزملائه بطولاته ومغامراته هو من باب الرغبة في توكيد الذات بطريقة غير سوية.

3. **دافع الغيرة:** قد يسرق الطفل أحياناً بدافع الغيرة من الأشقاء أو الشقيقات أو من الزملاء والزميلات. فكثير ما يشعر الطفل بالغيرة الشديدة حينما يرى أصدقاءه يمتلكون من النقود والحلوى واللعب ما يجد نفسه عاجزاً عن اقتنائه. وإذ استبدت الغيرة ببعض الأطفال لهذا السبب فإنهم كثيراً ما يلجأون إلى سرقة هذه الأشياء من أصدقائهم، وقد يكون دافع الغيرة أحياناً لا شعورياً.

فالطفل الذي يريد أن يظهر في المدرسة بمظهر مناسب لزملائه ولا يقل عنهم، ويريد أن يشتري أشياء للمباهاة أو للاشتراك في الرحلات و المشروعات، فإذا رفض أبواه إعطاءه المبالغ اللازمة قد يلجأ إلى السرقة للحصول عليها.

والطفل قد يسرق للحصول على مركز مرموق في وسط أقرانه أو للتفاخر بما لديه.

4. **دافع الانتقام:** قد يسرق الأطفال بدافع الانتقام والأخذ بالثأر ممن يسيئون إليهم أو يعتدون عليهم، وقد ظهر من تحليل حالات كثيرة من السرقة التي تحدث في المدارس أن

كثيراً منها إنما يرجع إلى هذا العامل. فإذا شعر الطفل بإساءة بعض زملائه له حمل لهم في نفسه الحقد والغل، وأخذ يفكر في جميع الوسائل الممكنة التي تمكنه من الانتقام منهم، وتعتبر سرقة أشياء الزملاء أو إخفاؤها أو تحطيمها من وسائل الانتقام التي يلجأ إليها بعض الأطفال.

فالتطرف في القسوة والعقاب المسرف، إلى جانب التصدع الأسري والخلافات المستمرة بين الوالدين مع إهمال احتياجات الطفل وشعوره بعدم الأمن كل ذلك يدفع الطفل إلى السرقة من الوالدين أو من الجد، أو المدرس (مصدر السلطة) عقب الشعور بقسوة العقاب الشديد على الذنوب التافهة، وبذلك تكون السرقة لأشياء قيمة أو مهمة، هي رغبة في الانتقام من السلطة الظالمة (كلير فهيم ، 1999).

5. **هوس السرقة Kleptomania:** ويظهر في نوبات لدى الأطفال الأكبر سناً (الطفولة المتأخرة) وكذا المراحل التالية، حيث يشعر الشخص بالتوتر الشديد قبل ارتكاب فعل السرقة ويشعر بالهدوء عند اقترافها (محمود حمودة، 1991).

كما في حالة السيدة الثرية التي تسرق من محلات الهدايا والمصوغات وهي تهوى جمع المسروقات النادرة في خزائن خاصة بها في قصرها، وقد وجد بدراسة الحالة: أن السيدة تعاني في حياتها الزوجية وتقاسي من إهمال زوجها لها لإدمانه على الخمر.

6. **عصاب السرقة:** كالطفل المثالي الذي يكون على خلق عظيم ويمتاز بحب الجميع قد يكتشف زملاؤه أنه يسرق نقودهم أو أدواتهم أو بعض الكتب، وعادة لا يكون في حاجة لهذه المسروقات ولا يستغلها جيداً بعد الحصول عليها، ولا يفهم لماذا سرقها، وغالباً ما يشعر بالخجل الكبير عند اكتشاف أمره ويشعر بتأنيب الضمير... هذه السرقة غالباً ما تكون حيلة لا شعورية أدت إلى ظهور نزعة مكبوتة بصورة مقنعة ووسيلة للتعبير عن النزعة العدوانية المكبوتة.

علاج السرقة

التعرف على دوافع وأشكال السرقة عند الأطفال هو نصف الطريق لمعالجة هذا السلوك. أما النصف الآخر فهو تصرف وسلوك الوالدين ولاسيما الأم التي ينبغي عليها مراعاة ما يلي:

1. **أسلوب الحوار والإقناع**

عندما يكتشف الآباء سلوك السرقة لدى أبنائهم فعليهم مواجهتهم وعدم التغاضي عنهم، ويجب اتباع الجدية والحزم في التعامل مع هذا السلوك من خلال الوقوف على معرفة

الأسباب التي دفعت إلى ذلك بطريقة ودية وبسيطة وسهلة دون توتر أو شد عصبي، واتباع أسلوب الحوار والإقناع، فمثلاً عندما يقول الوالد لابنه ماذا تشعر لو أن شخصاً ما سرق نعبتك؟ هل تحب أن يسرق زميلك مصروفك؟ لا أدري لقد فقدت بعض النقود : فإذا أخذتها لشدة احتياجك لها، سأكون مسروراً إذا بلغتني بعد ذلك بأنك الذي أخذتها، وفي المرة القادمة عليك بإبلاغي قبل أن تأخذها، لأن هذا هو المسلك الصحيح لهذا السلوك أما غير ذلك فيعد أمراً غير مقبول وغير مستحب أن تأخذ أي مال بدون أذن مسبق.

2. تنمية القيم الدينية والأخلاقية

هل القيم الأخلاقية لها علاقة بالتربية؟

إن الوظيفة الأولى للمُربي إنما هي العمل على جذب الحدث أو الشاب على القيم الأخلاقية، وكلما زادت حساسية المُربي نفسه للقيم كلما كان تأثيره الخلقي على النشيء أقوى وأفعل. والحق أن للقيم الأخلاقية وظيفة إيجابية في خلق نشء يمتاز بالأمانة في القول والحدث وتعويد الطفل على الإيثار لا على الأثرة، ونهى الإسلام كثيراً من الموبقات التي تؤدي إلى فساد المجتمع ويجب أن نغرس في الطفل قيمة الأمانة وليس هذا في فحسب بل يجب أن يطبق أسلوب الأمانة في المعاملة مع الآخرين حتى تصبح سلوكاً عملياً وليس نظرياً فحسب.

3. عدم وصف الطفل بأنه "حرامي"

عدم وصف الطفل بأنه سارق أو حرامي أمام الغير أو تهكماً، حتى لا يشعر بالنقص وينزوي عن البيئة الاجتماعية، وربما يستسيغ اللقب فيسعى إليه لاسيما وأن فيه نوعاً من الانتصار على الكبار بل يجب أن نعلم الطفل بمشاعر الحب والصداقة مع الحزم المرن في المعاملة،ومعالجة المشكلة بهدوء واتزان حتى لا نخلق منه سارقاً حقيقياً (ملاك جرجس : 1986: 105) ويجب أن نوضح أن الطفل في السن المبكر عندما يسرق شيئاً يحس الآباء بالخوف والقلق والتوتر على مستقبل أبنائهم ، ولكن عندما تحدد للطفل مفهوم الملكية الشخصية وملكية الآخرين يبدأ في التمييز والإدراك، وطالما أن اضطراب سلوك السرقة لم يستمر لمدة 6 أشهر على الأقل نقول إن هذا حدث عارض يزول بزوال الحدث وبعد معرفة الطفل ماله وما عليه يمتنع عن هذا السلوك تماماً.

4. التعلم بالنموذج

وذلك من خلال سرد بعض القصص لأبطال يتصفون بالأمانة، وكذلك مشاهدة الأفلام التي تنمي قيمة الأمانة والعكس صحيح بعدم ظهور بطل الفيلم السارق بمظهر

بطولي أو فرد يجذب انتباه الآخرين لما يمتاز به من حنكة ومهارة وذكاء، حتى لا يقوم الأطفال بتقليده.

3. الترابط الأسري

عندما تكون الأسرة يسودها الدفء والحب والحنان وإشباع حاجات الطفل بقدر المستطاع وتوفير مصروف ثابت للطفل مع توفير الألعاب والوسائل الترفيهية. وأن يكون الآباء قدوة حسنة وتلقينهم مبادئ السلوك والأخلاقيات والمثل العليا ليس هذا فحسب بل تطبيق ذلك عملياً أمام أبنائهم والتمسك به.

والترابط الأسري دائماً ما يراقب مصروف الابن أين أنفقه؟ وهل توجد معه أشياء أو اشترى أي شيء آخر أكثر من قيمة مصروفه اليومي وإعطاء الطفل درجة معتدلة من الثقة بالنفس وعدم الشعور بالنقص وعدم التفضيل بين الأخوة في الممتلكات. وخلق جو من العطف والحنان.

مص الأصابع Thumb sucking

تعريف مص الأصابع

وهو عبارة عن قيام الطفل بدس أصبعه وفي الغالب إبهامه في فمه وإغلاق الشفتين عليه، ويتلو ذلك حركات مص من الشفتين والوجنتين واللسان، ويكون ظفر الإصبع عادة إلى أسفل، وفي هذه الأثناء غالباً ما يمسك الطفل باليد الأخرى جزءاً من الجسم مثل الأذن أو الشعر.

مص الأصابع ومراحل النمو

تعد منطقة الفم والأجزاء المحيطة بها من أكثر المناطق تطوراً عصبياً عند الولادة، وهي أول المناطق التي يتم فيها التناسق العصبي العضلي على اعتبار أن أول نشاط يقوم به الطفل هو المص والبلع. فمن الطبيعي أن يمارس الأطفال في السنوات الأولى من العمر عادة المص لارتباطها بإشباع الحاجات من جهة وكونها إحدى أدوات الاستكشاف، أي التعرف على خصائص الأشياء من خلال الفم.

ويلاحظ أن ما يزيد عن 75٪ من الأطفال يمارسون عادة مص الأصبع خلال السنة الأولى من العمر، حيث يتجه معظم هؤلاء الأطفال إلى مص الإبهام مباشرة عندما يملون أو

يتعبون، أو يضطربون، أو يجوعون، وغالباً ما تترافق هذه العادة بفعاليات أخرى من أجل التسلية الذاتية كمسك الأذن أو العبث بالأشياء والألعاب.

هذا ويعد مص الإصبع ظاهرة طبيعية خلال السنوات الأولى من العمر، إذ تبلغ نسبة انتشارها حوالي 45٪ لدى الأطفال دون سن الرابعة، ومثل هذه الظاهرة لا خوف منها ولا قلق تمثله وذلك لأن غالبية الأطفال يتخلون عنها ما بين السنة الثانية والرابعة من العمر، حيث في سن الخامسة من العمر تبلغ نسبة انتشارها 20٪ لتتناقص هذه النسبة تدريجياً وتصبح 5٪ في سن العاشرة. فالتخلي عن هذه العادة قبل عمر الأربع سنوات لا يؤدي إلى مشكلات صحية في الأسنان أو الفكين أو اللثة ولكن استمرارها بعد هذا العمر يعكس اضطراباً انفعالياً أو نفسياً لدى الطفل وقد يتسبب في تشوه الفكين واللثة والأسنان.

الآثار المترتبة على عادة مص الأصبع

1. بروز سني علوي وميلان في القواطع العلوية نحو الشفة (للخارج).
2. تراجع سني سفلي وميلان في القواطع السفلية نحو اللسان (للداخل).
3. تشوه مقدمة الفك العلوي.
4. تفتق القوس السني العلوي.
5. تشوه في شكل الفم و لوجه.
6. تشوه في عملية الأطباق.
7. التهابات الأظافر وتشقق الجلد.

وتزداد مثل هذه الآثار إذا استمرت هذه العادة ما بعد عمر التخلص من الأسنان اللبنية، وقد تتسبب في مشاكل انفعالية للطفل مثل الاستغراق في عالم الأحلام والسرحان وعدم الاستجابة للآخرين أثناء انشغاله بالمص بالإضافة إلى الخجل والانزواء... وقد تنتج عنها كذلك مشكلات في النطق والكلام مثل صعوبة نطق بعض الحروف مثل حرف (التاء، الدال) والتلعثم أثناء الكلام ودفع اللسان إلى الأمام أثناء النطق. (شيفر وميلمان: 1999).

اشكال مص الأصابع

1. **مص الإبهام:** ويكون بوضع أصبع الإبهام بحيث يكون الظفر إلى أسفل داخل الفم في معظم الأحوال، وتشكل بقية أصابع اليد كفاً شبه مغلقة (مقبوضة).

2. **مص السبابة:** وذلك بوضع السبابة في الفم ويكون الأصغر في وضع رأسي داخل الفم عمودياً على الفك.
3. **مص مقدمة أو أطراف الأصابع الأطول من اليد:** ويقوم بذلك نسبة قليلة جداً من الأطفال، ولكن الشائع هو النمط الأول مص الإبهام.
4. **المص الدائم للأصابع:** ويمارسه بعض الأطفال في أغلب أوقاتهم.
5. **المص الموقوت:** يلجأ بعض الأطفال إلى مص الأصابع ليلاً، وخاصة عند بدء النوم، والبعض الآخر يلجأ إليها قبل النوم عموماً ليلاً أو نهاراً.

أسباب مص الأصابع

1. عدم توفير جو من الأمن والراحة والطمأنينة للطفل داخل أسرته.
2. افتقار الطفل إلى الحنان والعطف.
3. عدم حصول الطفل على الرضاعة الطبيعية وكفايتها للطفل، والاستعانة بالحليب الصناعي وشعور الطفل بالجوع.
4. معاناة الطفل من التوتر بسبب انفصاله عن الأم خلال الشهور السنة الأولى.
5. عادة مص الأصبع تكسب الأطفال الإحساس بالسعادة والمتعة في الممارسة بالإضافة إلى شعورهم بالدفء والراحة.
6. الإحساس بالملل مما يلجأ الطفل إلى مص الإصبع.
7. سلوك وسيلي يسعى إليه الطفل لكي يلفت انتباه واهتمام والديه.
8. فطام الطفل في سن مبكر.
9. الحرمان وعدم توفير الاهتمام والرعاية والعطف من قبل الأم.

علاج مص الأصابع

1. الممارسة السلبية: ويتمثل في إجبار الطفل على ممارسة مص الأصبع لفترة من الزمن ثم الطلب منه تكرار ذلك، و يهدف من هذا الإجراء هو الوصول بالطفل إلى حالة من التعب والملل والإشباع وبالتالي كره مثل هذا السلوك وتجنبه.
2. استخدام إجراء التعزيز التفاضلي: وذلك بتعزيز سلوكيات عدم المص، وعدم تعزيز سلوك المص.

3. استخدام إجراءات العقاب السلبي: المتمثل في حرمان الطفل من الجوائز والمكافآت والمعززات عندما يقوم بسلوك المص.
4. التجاهل وخاصة بالنسبة للأطفال الصغار الذين لا تزيد أعمارهم عن ست سنوات لأن معظم الأطفال بعد سن خمس سنوات يقلعون تدريجياً عن هذه العادة.
5. انشغال يد الطفل بالألعاب والرسوم والفك والتركيب.
6. عدم إحساس الطفل بالعزلة ويفضل الاختلاط مع من هم في مثل سنه.
7. وضع لاصق الجروح على الأصبع.
8. وضع طلاء الأظافر على الأصبع.
9. توفير بديل للمص مثل اللهاية أو المصاصات أو الحلوى قد يبعد الطفل عن هذه العادة.
10. عدم إشعار الطفل بالاهتمام أو تأنيبه أو تعنيفه على هذا السلوك، إذ يجب على الآباء تجاهل عادة المص لدى أبنائهم لأن الغالبية من الأطفال يتخلصون منها تلقائياً، فإظهار الاهتمام الشديد قد يؤدي إلى تضخم الصراع على السلطة بين الأب والأم والطفل، وهذا بالتالي يجعل المشكلة أكثر تعقيداً.

قضم الأظافر Nailbiting

تعريف قضم الأظافر

الأطفال الذين يقومون بقضم أظافرهم قد لا يتخلصون من هذه العادة مع تقدم العمر، حيث إنه حتى بين الطلبة في الجامعة فإن قضم الأظافر يمثل مشكلة لا يستهان بها، فالأظافر التي تتعرض للقضم تبدو قبيحة وكثيراً ما تتقرح وتدمى، وقد وجد أن هذه العادة أكثر شيوعاً بين الإناث منها بين الذكور، وغالباً ما يخجل قاضمو أظافرهم من إظهار أظافرهم أمام الناس وقد يظهر عليهم القلق والارتباك والانسحاب في المواقف الاجتماعية. وهذه العادة من أكثر العادات صعوبة من حيث قابليتها للتغيير، لأن من يقضمون أظافرهم يقومون بهذه العادة أثناء عزلتهم وتحت ظروف معززة مما يؤدي إلى إنقاص الدافع للتغيير. هذا وكلما بكر في إيقاف مثل هذه العادة كلما كان ذلك أفضل.

نسبة الانتشار لقضم الأظافر

يعد قضم الأظافر من العادات الفموية غير الصحيحة، وتنتشر مثل هذه العادة لدى الأفراد من الفئات العمرية المختلفة، وتكاد تكون أكثر انتشاراً لدى المراهقين، ففي مرحلة

الطفولة ما بين 6 5 سنوات تبلغ نسبة انتشارها 28٪، في حين تبلغ نسبة انتشارها في مرحلة الرشد 20-25٪. أما في مرحلة المراهقة فقد تصل نسبة انتشارها 62٪، وهي أكثر انتشاراً لدى الإناث منه لدى الذكور.

أشكال قضم الأظافر

1. **قضم أظافر الأيدي:** بعض الأطفال يقضمون أظافر أيديهم فقط حتى وإن كانت قصيرة أو غير واضحة، وربما بسبب ذلك تشوهات في الأصابع، حتى وإن سبب جروحاً.
2. **قضم أظافر الأرجل:** قلة من الأطفال لا يكتفون بقضم أظافر اليد فيتجهون لأظافر الأرجل ،وقد يشير ذلك إلى توافق عضلي لدى بعض الأطفال وتآزر جسمي.
3. قضم أظافر الغير: تلجأ ندرة من الأطفال إلى قرض أظافر الغير من الأطفال إما على سبيل المزاح أو رغبة في ذلك بالفعل وينتهزون فرصة حملهم للأطفال الصغار لممارسة هوايتهم.

مستويات قضم الأظافر

يظهر قضم الأظافر في ثلاثة أشكال تبعاً لمستويات حدتها وتباين أعراضها وهذه المستويات هي:

1. **الخفيف:** وفيه يمارس الفرد قضم الأظافر في بعض المواقف والمناسبات، وفي مثل هذا النوع تكون المنطقة العليا الأظافر (والمنطقة البيضاء) مشوهة وغير منتظمة، وقد تبقى كذلك طوال حياة الإنسان.
2. **المعتدل:** وهنا تتكرر ممارسة عادة قضم الأظافر بشكل فوق المعتاد وينتج عن هذا النوع اختفاء المنطقة البيضاء من الظفر.
3. **القوي:** وفي هذا الشكل تكون عادة قضم الأظافر عادة ملازمة للفرد في معظم الأوقات، وفيه قد يختفي الظفر تماماً، وقد يصل قضم الأظافر إلى معظم الأصابع بحيث لا يتوقف عند أصبع واحد.

أسباب قضم الأظافر

1. التخلص من التوتر والطاقة العصبية والقلق.
2. تفريغ الطاقة الزائدة لدى الأطفال.
3. التقليد فبعض الأطفال يمارس هذه العادة لأنه رأى غيره يمارسها.
4. التوتر النفسي والقلق الناتج بفعل التهديد أو قسوة العقاب من قبل الوالدين.

5. إشباع دوافع عدوانية أو انفعالية نفسية ذات أصل بيولوجي.
6. إزعاج الأهل حيث يلجأ إليه الطفل كوسيلة لإزعاج والديه رداً على أساليب التربية القائمة على الضبط والمراقبة.
7. الغيرة ولاسيما عندما يعتقد الطفل بأن والديه لم يعودا بجانبه أو نتيجة لقدوم مولود جديد.
8. توقعات الأسرة والضغط الزائد على الطفل بإنجاز مهمات قد تفوق قدراته وإمكانياته مما يتولد عن ذلك القلق والتوتر لديه.

علاج قضم الأظافر

1. تقليم أظافر اليد أولاً بأول وعدم تركها تطول.
2. استخدام إجراءات العقاب والتعزيز، بحيث يتم حرمان الطفل من بعض المعززات عندما يمارس سلوك قضم الأظافر وتعزيزه عندما يكف عن ذلك.
3. التدريب على الاسترخاء العضلي والنفسي ومساعدة الطفل في بعض الأنشطة المحببة، كاللعب والرسم والكتابة، واللعب بالمعجون والصلصال واللعب بالرمل والماء.
4. عدم استخدام أسلوب التهديد والعقاب، وتوفير الحب والعطف للطفل.
5. تدريب الطفل على توكيد الذات وتنمية قدرته على الإنجاز والابتعاد عن تكليفه بإنجاز مهمات غير واقعية ولا تتناسب وقدراته.
6. غمس أظافر الطفل بمادة منفرة.
7. توفير الحب والحنان وإحساس الطفل بالأمن والأمان.
8. عدم التأنيب والتوبيخ والنقد القاسي حتى لا تتفاقم المشكلة.
9. استخدام أسلوب الحوار عن مساوئ هذه العادة القبيحة.
10. استخدام أجهزة التسجيل لتسجيل عبارات مثل (لن أقضم أظافري) على شريط وإسماعها للطفل أثناء النهار وقبل النوم بشكل متكرر.

الفصل الخامس

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

- اضطرابات النشاط الزائد ونقص الانتباه
- اضطرابات النطق والكلام
- اضطرابات النوم
- اضطرابات الأكل
- اضطراب الإخراج
- اضطرابات التعلم (صعوبات التعلم)

الفصل الخامس

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه

Attention Deficit Hyperactivity Disorders

تعريف اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه

يرجع النشاط الزائد إلى مجموعة من المشكلات السلوكية conduct التي قبل إلى أن تحدث معاً، وهذه المشكلات هي النشاط الزائد (Hyper Activity) أو فرط النشاط الحركي والاندفاعية impulsivity، والتصرف دون تقدير للعواقب والقابلية لتشتت الانتباه Distractibility أو عدم الانتباه للمثيرات المناسبة. وقد أشار كوفمان Kuffman 1986 إلى أن أنماط السلوك هذه تعكس أحكاماً حول المستويات المناسبة للنشاط والانتباه وضبط السلوك، وبالتالي فإن تحديد النشاط الزائد يرتبط بتوقع معرفة ما هو السلوك المناسب نهائياً أو عمرياً وذلك في مواقف معينة.

وترى رابطة الطب النفسي الأمريكية (1964) American psychiatric Association أن النشاط الزائد يتميز بقلة الانتباه والحركة المفرطة، والاندفاعية، وأن الأطفال ذوي النشاط الزائد يتميزون بأنهم يصدرون تعليقات غير مناسبة، ويفشلون في الاستماع إلى التعليمات، ويبدءون حديثهم في أوقات غير مناسبة، ويجيبون الأسئلة قبل سماعها كاملة، ويخطفون الأشياء من الآخرين ويلمسون الأشياء غير المناسبة، وتكون لديهم صعوبة في الانتظار في أخذ الدور. (Posava . etal . 1999.23).

وأوضح (عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي، 1999) أن الأطفال الذين يتصفون بالنشاط الزائد يعانون من عدم القدرة على التحكم في حركاتهم الجسمية وفي الانتباه، والاستجابات الاندفاعية، ولهذا نجد أن أعراض النشاط الزائد تتنوع وفقاً لعمر وظروف الموقف، ومن المظاهر الشائعة لوجودها حدة الطباع والعناد صعوبة الانقياد،

وتقلب المزاج، وتدني مفهوم الذات وانخفاض القدرة على التحمل، ومن الواضح أن مجموعة السلوكيات هذه لها انعكاساتها على الأداء الأكاديمي والسلوك الاجتماعي.

ولقد توصل باركلي Barkley إلى وصف الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد بعد دراسة أجراها لهذا الغرض ، بأنه هو الطفل الذي يطيع الأوامر ويجد صعوبة في التعامل مع الآخرين، وهو كثير الحركة بدون داع، ويبدو دائماً مشتت الانتباه ولا يستطيع إتمام أي عمل سواء في اللعب أو الواجبات المدرسية (Barkley ,1985).

ويشير (Ross& Ross) إلى أن معيار النشاط الزائد هو مستوى نشاط الطفل العادي، فالطفل ذو النشاط الزائد، يظهر وبشكل متسق مستوى عالياً من النشاط الزائد في مواقف لا يكون السلوك الصادر دائماً ملائماً لها، وقد عرض نتائج العديد من الدراسات التي انتهت إلى أن الطفل ذا النشاط الزائد يتميز بخصائص منها: الحركة العصبية، الإفراط في النشاط الحركي غير الموجه، قصر مدى الانتباه، عدم الاستجابة للنظام أو التوجيه، الطيش والاندفاع والعدوان البدني مع الآخرين، والقابلية لشرود الذهن، وهي العوامل الرئيسية في وصف الأطفال ذوي النشاط الزائد.

ولا تزال عدة مصطلحات تستخدم للتعريف بهذا الاضطراب والسبب في ذلك يعود إلى الأنماط السلوكية المختلفة لهذا الاضطراب كما يلاحظ أن اشتقاق هذا المصطلح يتكون من جزئين:

الجزء الأول: نقص الانتباه.

الجزء الثاني: فرط الحركة، ويضاف إلى الجزء الثاني الاندفاعية كما يظهر في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM IV).

لقد استخدم مصطلح النشاط الزائد ليشير إما إلى عرض يصف مستوى النشاط المتزايد في شدته وارتفاعه أو إلى زملة من الأعراض التي تعكس بطريقة شمولية مرضاً نوعياً.

والواقع أن تعريف النشاط الزائد قد يشوبه بعض الخلط ومن ثم سوء التشخيص إذا اعتمدنا فقط على مجرد المقاييس الكمية للسلوك، ذلك أن معايير مستوى النشاط عند الأطفال غير متوفرة بالفعل، كما أن الأطفال يختلفون بشكل هائل فيما يصدر عنهم أنفسهم من مظاهر النشاط عبر المواقف المختلفة وكذلك بينهم وبين نظرائهم في مواقف معينة (Rapoport& Benoit) والذي يجب مراعاته هو أن النشاط الزائد يظهر من خلال النشاط غير الملائم وغير الموجه بالمقارنة مع سلوك الطفل النشط الذي تتسم فعالياته بأنها هادفة

ومتجه. فكثير ما يذكر الأبوان أن طفلهما لا يستقر ولا يهدأ، وأنه دائم التجوال في المكان، حيث يتسلق الجدران، ويتكرر فشله في إتمام المهمات الموكلة إليه، وقد ذكر في إحصائيات إنجلترا أن هناك ما يقرب من 30٪ من الأطفال يوصفون بفرط النشاط من قبل ذويهم. (احمد محمد الزغبي، 1994)

هذا وقد أشارت العديد من البحوث والدراسات (محمود عوض الله سالم، أحمد عواد 1994، ALDER& Torry (1982) إلى أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يتسمون بالاندفاعية في تصرفاتهم وسرعة استجابتهم دون تفكير مسبق، ولديهم حركة مفرطة كما أنه ليست لديهم القدرة على التركيز واستمرار الانتباه عند ممارسة أي عمل ولديهم صعوبات تعلم، وكثيراً ما يحطمون الأشياء، ولا يحسنون معاملة زملائهم، وغير متعاونين ويتجنبون العمل الذي يتطلب ذكاء، والحديث بصورة مزعجة ، والتشويش على الآخرين أثناء الحديث، وعدم الانتباه للمثيرات ذات الأهمية في مواقف التعلم. فالنشاط الزائد وتشتت الانتباه هو الزيادة في الحركة عن الحد الطبيعي المقبول وبشكل مستمر، وفي الغالب لا تتناسب كمية وأنماط الحركة مع العمر الزمني للطفل، وتتسبب في مشكلات للطفل والمحيطين به، فعلى الصعيد المدرسي مثلاً: نجد أن الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب يمتاز بعدم الانضباطية والاندفاعية وكثرة التنقل والتجوال في غرفة الصف من غير استئذان، ويقوم بإلقاء الأشياء على الأرض ويعبث بممتلكات الآخرين، ويعمد إلى إزعاجهم لفظياً وحركياً، كما أنه لا ينتبه إلى التعليمات ولا يركز انتباهه في المهمات التعليمية او الأنشطة التي يفترض منه القيام بها ، وهذا بالطبع يؤثر في مستوى أدائه الأكاديمي وفي طبيعة علاقاته مع الأقران والمعلمين. (يحيى ، 2003)

ويعرف هذا الاضطراب (ADHD) على أنه نشاط جسمي وحركي حاد ومستمر تصحبه عدم القدرة على التركيز والانتباه على نحو يجعل الطفل عاجزاً عن السيطرة على سلوكياته وإنجاز المهمات. ويظهر هذا الاضطراب لدى الأطفال في الفترة العمرية ما بين (4-5) سنوات تقريباً وتتراوح نسبة انتشار ما بين 3-5٪ وهو الأكثر شيوعاً لدى الذكور مقارنة بالإناث (شيفر وملمان، 1999).

ولقد عرفه كالاسين وآخرون (1999) ,.kalassan& etal أنه يتكون من اتحاد ملامح سلوكية تتضمن مستويات نمو غير مناسبة في عدم الانتباه للمهمة، الحيرة ، الاندفاعية،

والحركة الزائدة ، كما أنه يرتبط بقوة بنقص الأداء الأكاديمي، والعلاقات غير المرضية مع الأصدقاء وأفراد الأسرة والمعلمين وانخفاض تقدير الذات.

وقد أظهرت بعض الفحوصات أن النشاط الزائد وصعوبات التعلم والاختلال البسيط في الوظائف العصبية (وهي ثلاث فئات رئيسية من الأعراض التي يزعم الاختصاصيون الإكلينيكيون أنها غالباً ما تحدث في تلازم مع بعضها) لا تحدث بطريقة ثابتة لدى نفس الطفل، وليس من المرجح بدلاً من ذلك أنها تمثل ثلاث اضطرابات إكلينيكية مختلفة ومتميزة.

تعد اضطرابات النشاط الزائد وتشتت الانتباه من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال في المراحل العمرية المبكرة والمتوسطة، وهي تتواجد في جميع المجتمعات تقريباً رغم اختلاف الثقافات والعادات فيها، وبالرغم من أن هذا الاضطراب لا يعد من صعوبات التعلم إلا أنه يشكل بحد ذاته مشكلة سلوكية نمائية تنعكس آثارها سلباً في عمليات الإدراك والتعلم (National institute of mental health 2005).

نسبة انتشار اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه

أوضح الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية أن نسبة انتشار اضطراب الانتباه تقع بين 3–5٪ من الأطفال في سن المدرسة والجدير بالذكر أن التفاوت الكبير في تقديرات معدل انتشار اضطراب الانتباه يرجع إلى الاختلاف في تعريفه، وفي تحديد حالاته، واختلاف الأدوات التشخيصية المستخدمة والبيئات الاجتماعية التي تم حصرها. فلقد وجد أن معدل انتشاره بين الأطفال الذين ينتمون لأسر ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض يصل إلى 20٪تقريباً ويختلف هذا الاضطراب في تقديراته من بلد إلى آخر. فبينما قررت الدراسات الأمريكية نسبة انتشاره 3٪ فإن الدراسات البريطانية تقرر أن نسبة انتشاره تقدر بواحد في الألف فقط من عامة الأطفال.

أما عن عجز الانتباه والنشاط الزائد في مصر– فقد أوضحت الدراسة التي أشرف عليها (محمود حمودة 1998) أن نسبة انتشاره بين الأطفال في المدارس الابتدائية 62٪ وفقاً لتقديرات المعلمين وإنها 3.4٪ باستخدام الأدوات الإكلينيكية.

أما عن الفروقات بين الجنسين في معدل الانتشار، فقد أورد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية أن عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أكثر شيوعاً بين الأولاد عنه بين البنات ويتسب تتراوح من (4: 1) وذكر بعض الباحثين أن نسبة

بين الجنسين بنسبة (6) للذكور مقابل (1) للإناث- بمعنى أن انتشاره بين الذكور يصل إلى ستة أضعاف انتشاره بين الإناث (السيد علي ، فائقة بدر، 1999، 36)

وتشير دراسة جونسون وآخرون (Johnson& et, al (2000 إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النشاط الزائد تتراوح ما بين 5-7٪.

وتشير الدراسات المتعلقة باضطراب النشاط الزائد لدى الأطفال إلى أن نسب الانتشار لهذه الحالات بين الأطفال للمجتمعات حتى عمر 12 سنة تختلف المعايير التي يتم الاعتماد عليها في تشخيص مثل هذه الحالات، ففي بريطانيا أشارت الدراسات إلى أن نسبة هذا الاضطراب في حدود 1/ 1000 من أطفال المجتمع ، بينما في شمال الولايات المتحدة الأمريكية يستخدمون أعراضاً واسعة تتعلق بنقص الانتباه وفرط الحركة. حيث تصل هذه النسبة إلى 10٪ وهناك طرق عملية حديثة تعتمد على التفريق بين هذه الحالات، وهي مستمدة من كتابي (ICD. 10) (DSM. IV) وبناء على ذلك هناك إحصائيات تشير إلى النسب المئوية لحالات فرط الحركة لدى أطفال المجتمعات.

النسب المئوية لحالات فرط الحركة ونقص الانتباه لدى أطفال المجتمع.

المجتمع	النسبة المئوية
الولايات المتحدة	٪8 - ٪3.2
نيوزيلندا	٪13
ألمانيا	٪8
إيطاليا	٪12
اسبانيا	٪16
بريطانيا	٪10
الصين	٪1

تشخيص اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه

تشير محكات DSM. IV إلى أن الأعراض لابد وأن تكون موجودة في موقفين أو أكثر، وهذا شرط مهم لأن الاضطراب سائد في حقيقته وفي الماضي كان يحمل تعميم التشخيص على أساس ظهور الأعراض في موقف واحد فقط ويتطلب الـ DSM. IV أن تظهر الأعراض في كل من المواقف المنزلية والمدرسية.

ويشترط أن تظهر الأعراض على الأقل لمدى ستة أشهر، وعلى أن تبدأ قبل سن السابعة.

ولكي يصنف الطفل على أنه يعاني من هذا الاضطراب يجب أن تظهر لديه على الأقل ستة أو أكثر من الأعراض التالية الخاصة بالنشاط الزائد- الاندفاعية كثرة الحركة، تستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر لدرجة غير متسقة مع مستوى النمو وغير متسق معها.

النشاط الزائد Hyperactivity

1. غالباً يتململ بيديه أو رجليه، أو يتلوى في مقعده.
2. غالباً يترك مقعده في الفصل.
3. يتنقل من مكان إلى آخر.
4. يجد صعوبة في اللعب أو الاشتراك في الأنشطة.
5. يتصرف كما لو كان يحركه موتور.
6. غالباً يفرط في الحديث.

والاندفاعية Impulsivity

وتتمثل هذه السمة في عدد من المظاهر هي:

1. صعوبة الانتظار في الدور والعصيان وعدم الامتثال للأوامر والتعليمات
2. الاتسام بالفوضى وعدم النظام.
3. لا يتوقف عن الكلام ويقاطع كلام الآخرين.
4. يقول الإجابات من غير تفكير قبل استكمال السؤال.
5. يجد صعوبة في انتظار دوره.
6. تقلب المزاج وبشكل متكرر.
7. سرعة الاستثارة والانفعال لأتفه الأسباب.

عدم التركيز والانتباه Inattention

1. يفشل الفرد غالباً في منح الاهتمام بالتفاصيل الدقيقة.
2. صعوبة مواصلة الانتباه في المهام أو الأنشطة.
3. الانتقال من مهمة إلى أخرى والفشل في إنجاز أية مهمة يقوم بها.

4. لا ينصت عندما يتحدث الآخرون إليه.
5. اللامبالاة وكثرة الوقوع في الأخطاء
6. كثيراً ما يفقد الأشياء مثل الألعاب والأقلام والكتب.
7. سهولة شد انتباهه بمثيرات أخرى غير تلك المتضمنة بالمهمة التي هو في صدد الانتباه إليها.
8. غالباً ينسى الأنشطة اليومية.

الاضطرابات المصاحبة للنشاط الزائد ونقص الانتباه

1. انخفاض القدرة على تحمل الإحباط، والانفجارات المزاجية والنزوع إلى السيطرة وعدم الطاعة والإلحاح المتكرر على الطلبات، والتقلبات المزاجية والسلوك الفوضوي، والكآبة، واضطرابات المزاج والقلق واضطرابات التواصل.
2. صعوبات التعلم، والانخفاض في الأداء الأكاديمي والإنجاز المدرسي والمشكلات مع المعلمين والزملاء والسلطات المدرسية.
3. انخفاض الأداء على المهام التي تتطلب انتباه. وانخفاض أدائهم على مقاييس الذكاء بشكل نسبي.
4. عدم التوافق الاجتماعي حيث يرفض اتباع القواعد التي تحكم التعامل مع الآخرين أو المتبعة في نشاط معين، والقيام بسلوكيات غير مرغوبة.
5. الاضطرابات السلوكية تنتشر بين الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد ونقص الانتباه السلوك العدواني، والسلوك المشكلي، والعناد، والتمرد، والمعارضة للآخرين.
6. ضعف الأداء المهني والمشاركة في الأعمال المنزلية.
7. قد يتوافق مع بعض اضطرابات السلوك الحركي الأخرى ومنها اضطراب توريت Tourette Disorder
8. اضطرابات النوم وتتمثل في كثرة الحركة والتقلب أثناء النوم، والنوم القلق، وكثرة الاستيقاظ أثناء النوم.
9. التأخر الدراسي نتيجة كثرة النسيان، شرود الذهن، ضعف القدرة على التفكير، الاستجابة الخاطئة، ضعف القدرة على فهم المعلومات، الكتابة الرديئة، تجنب الموقف التعليمي أي ليست لديه دافعية للتعلم.

أسباب اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه

يرجع اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه إلى عوامل وراثية، وبيولوجية واجتماعية ونفسية.

أولاً: العوامل الوراثية Gentices Factor

بالرغم من الأدلة العلمية غير القاطعة حول أثر العوامل الوراثية في تطور هذا الاضطراب، إلا أن هناك بعض نتائج الدراسات تشير إلى وجود أثر للعوامل الجينية والتكوينية.

تلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً في الإصابة بالنشاط الزائد، وذلك إما بالطريقة المباشرة من خلال نقل الموروثات التي تحمل الخصائص وتؤدي إلى تلف أو ضعف بعض المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه بالمخ، أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه الموروثات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ والتي بدورها تؤدي إلى ضعف نمو بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه (السيد علي ، فائقة بدر، 1999) أظهرت نتائج دراسة جيودمان وستيفنسون (1989) الأثر الواضح للعوامل الجينية الوراثية في هذه الظاهرة، حيث تبين أن التوائم المتماثلة كانت أكثر تعرضاً للإصابة بهذا الاضطراب من التوائم غير المتماثلة كما أظهرت نتائج الدراسات الأخرى احتمالية إصابة الأطفال بهذا الاضطراب بشكل أكبر إذا كان أحد والديهم مصاباً بهذا الاضطراب، وهو اكثر انتشاراً لدى الأقارب الذين يسود لديهم هذا الاضطراب. وبالرغم من هذه النتائج إلا إنه لالآن لم يتم تحديد العوامل الجينية.

ثانيا: العوامل البيلوجية Biological Factors

إن الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه يعانون من تلف بسيط أو إصابة في القشرة الدماغية. ومن الأسباب العضوية الأخرى الأورام ونقص الأكسجين الواصل للخلايا الدماغية والتعرض للأشعة، واضطراب المواد الكيميائية إما بالنقص أو الزيادة أو الناقلات العصبية، ويمكن توضيح ذلك في النقاط التالية:

أ. خلل وظائف المخ.

ب. الخلل الكيميائي للناقلات العصبية.

ج. النمو العقلي والمعرفي للطفل.

د. خلل في بعض الحواس أو وظائفها. (السيد علي، فائقة بدر، 1999، 40،39)

ثالثاً: العوامل البيئية Environmental Agents

أ. عوامل قبل وأثناء الولادة: فتعرض الأم أثناء الحمل للإشعاع، أو تناول المخدرات أو الكحوليات أو بعض العقاقير الطبية أو تعرضها لبعض الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية، أو الزهري أو الجدري أو السعال الديكي أو غيرها يؤدي إلى تلف الدماغ بما في ذلك مراكز الانتباه، وهذا التلف يؤدي إلى بعض التشوهات والعيوب الخلقية.

ب. الحوادث: إصابة مخ الجنين أثناء الولادة أو إصابة الطفل بعد الميلاد وفي سنوات طفولته المبكرة بارتجاج في المخ نتيجة حادث.

ج. الأمراض المعدية: فتعرض الطفل لأي عدوى ميكروبية أو فيروسية كالحمى الشوكية، أو الالتهاب السحائي، أو الحمى القرمزية أو الحصبة الألمانية يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية بالمخ المسئولة عن الاضطراب.

د. التسمم بالتوكسينات: مثل التسمم بمادة الرصاص، التي تدخل في طلاء لعب الأطفال الخشبية، وطلاء الأقلام الرصاص وغيرها، وعندما تزداد نسبة الرصاص في الدم تتلف بعض الخلايا العصبية المسئولة عن النشاط الزائد (حسن مصطفى، 2003، 44)

ه. الغذاء: قد توصل فينجولد وآخرون Feingold et. Al (1976) إلى أن النشاط الزائد له ارتباط بالسلع الغذائية وما يضاف إلى كثير من الأطعمة من نكهات صناعية، وألوان، ومواد حافظة، وفي بعض الدراسات المبكرة حيث تم استبعاد مثل هذه العناصر من غذاء الأطفال بشكل منظم. (عبد العزيز الشخصي، زيدان السرطاوي، 1999) وأظهرت نتائج بعض الدراسات أن تناول أنواع محددة من الأغذية مثل تلك التي تحتوي على السكريات والمواد الحافظة والنكهات الصناعية وحامض السالسيلك تساهم إلى درجة كبيرة في حدوث مثل هذا الاضطراب لدى الأطفال ولاسيما إذا كان هناك إفراط مستمر في تناولها دون رقابة من الأسرة.

رابعاً: العوامل الاجتماعية والنفسية psychological& social factors

تلعب العوامل الاجتماعية والنفسية دوراً كبيراً وبارزاً في حدوث مثل هذا الاضطراب وتطوره لدى الأطفال، ولقد أوضحت دراسة louise& lianne (2003) عن أثر التنشئة الاجتماعية في ظهور النشاط الزائد لدى الأطفال ما قبل المدرسة، وذلك عن طريق مقارنة عينة قوامها (33) طفلاً من أطفال الحضانة والذين يعانون من النشاط الزائد، وتم

تقييم الأمهات والأطفال في المنزل عن طريق مجموعة من اللقاءات ، ومجموعة أسئلة للأب وقياسات وملاحظات عن التربية والعوامل الأسرية، وتوصلت الدراسة إلى أن الترابط بين الطفل وأبوية يحد من النشاط الزائد،والتفاعل القليل بين الطفل وأمه من الإسهامات التي تزيد النشاط الزائد مما يتضح أن الطريقة التي يتعامل بها الوالدان وكيفيتها هي التي ربما تكون السبب الرئيسي في النشاط الزائد.

- عدم الاستقرار داخل الأسرة: فالأسرة غير المستقرة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والنفسية يكون أطفالها أكثر عرضة للنشاط الزائد، ومن دلائل عدم الاستقرار مرض احد الوالدين، أو إدمان الوالد للمخدرات أو طلاق الوالدين، أو سفر أحدهما أو وفاته، أو سوء الانسجام الأسري، أو النزاعات والشجار بين أفراد الأسرة، والتصدع الأسري، أو الظروف الاقتصادية السيئة (محمود حمودة ، 1991، 205).
- سوء المعاملة الوالدية: لقد أوضحت دراسة جورج ديبول (2001) Dupaul , George: أن الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه أظهروا مشاكل سلوكية أكثر وكانوا اجتماعياً أقل مهارة من أطفال المجموعة الضابطة (العاديين) ، وآباؤهم يعانون من ضغط أكثر، وأظهر الأطفال سلوكاً غير لائق وغير مستجيب.

تقدير اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه

دراسة فيليب هازل hazel , Philip(2000) تناقش هذه الدراسة صعوبات تشخيص أطفال النشاط الزائد وطرق تقييمه، وتتناول استراتيجيات العلاج فيما يتعلق بالسيطرة الأبوية وبرامج الفصول المدرسية الخاصة، والتدريب على المهارات الاجتماعية والأدوية والنظم (hazel Philip, 2000) والتشخيص المبكر له أهمية لحالة الطفل من الناحية العصبية والعضوية، وكذلك من الناحية السلوكية والأكاديمية والعقلية، كما يمكن الاستعانة بالاستبيانات والاختبارات المقننة، وهي وسائل مفيدة وتعتمد على ما جاء في المعايير الدولية لمنظمة الصحة العالمية، وهذه المعايير الدولية الواردة في كتب التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية مثل (DSM IV) أو (ICD10) وهي التي يعتمد عليها في التشخيص على سبيل المثال ما يلي:

1. قائمة مشكلات انتباه الطفل لباركلي. Barkley, S inventory for Attention deficit problem
2. قائمة تقدير المعلمين لحالة طفل فرط الحركة ونقص الانتباه لكونرز. Conners inventory

3. قائمة تقدير نقص الانتباه لدى الطفل لـ ماك كارني وديبول Mc carney and dupaul's inventory for attention deficit.
4. قائمة مراجعة سلوك الطفل.
5. دليل الأسرة والمعلم لتشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك. من إعداد (فيصل الرزاد).
6. دليل المعلم لتشخيص صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية. (من إعداد فيصل الرزاد).
7. مقياس السلوك التوافقي لدى الأطفال. (تأليف كازونهيرا، راي فوستر، هنري ليلاد وآخرون) وهو صادر عن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (1974) (ترجمة صفوت فرج، ناهد رمزي).
8. حددي مشكلة طفلك بنفسك (3-6) سنوات. إعداد (محمد عودة).
9. مقياس بيركس لتقدير السلوك لدى الأطفال.إصدار وتعريب (رعاية الأمومة والطفولة) دولة البحرين.
10. استبيان الآباء لتحديد مشكلات الأطفال الصادر عن (مركز الرعاية الصحية الدولي). المنظمة الحالية للنمو (عيادة العلوم السلوكية) واشنطن 1984.
11. استبيان كونرز للآباء والمعلمين. Conners parents and teachers. Questionnaire ويعتبر من الاستبيانات الهامة في تشخيص حالات النشاط الزائد لدى الأطفال

علاج اضطرابات النشاط الزائد ونقص الانتباه

إن اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه يعد من الاضطرابات التي قد تؤدي إلى مشكلات وإزعاج للأسرة والأقران والمعلمين مما تنعكس آثارها على التحصيل الأكاديمي وليس هذا فحسب بل أيضاً على السلوك التكيفي. وللتقليل من آثار هذا الاضطراب يمكن اللجوء إلى مجموعة من الإجراءات الوقائية والعلاجية منها:

أولاً: الإجراءات الوقائية

1. الاهتمام بالأم الحامل بتقديم الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية اثناء فترة الحمل.
2. عدم تعرض الأم الحامل للأشعة أو أخذ الأدوية في الثلاثة الأشهر الأولى إلا بإرشادات الطبيب المعالج.

3. زيادة الرعاية الصحية أثناء الحمل والاهتمام بتوفير الغذاء الكامل للأطفال وخاصة الأغذية الغنية بالبروتين.
4. إتاحة الفرصة للطفل للعب واختيار الألعاب المفضلة لديه
5. عدم تعزيز الطفل على الأنماط السلوكية غير المرغوب فيها وتشجيعه لها بل يجب عدم الاهتمام بها وتجاهلها.
6. توفير بيئة مناسبة للطفل أثناء المذاكرة بحيث نبعد عنه المشتتات السمعية والبصرية بقدر الإمكان حتى نعطي له فرصة للتركيز والانتباه.
7. توفير فرص عمل مناسبة للطفل، والتغذية الملائمة.
8. يجب أن تكون المشكلات الأسرية بعيداً عن الطفل وتجنباً لإثارته ومضايقته حتى لا تتطور لديه مشاعر التوتر والعصبية.
9. التعلم بالنموذج: أن يتصرف الأباء بطريقة واضحة ويمارسون عادات سلوكية سليمة أمام أبنائهم.
10. الكشف عن القدرة العقلية العامة أي مستوى الذكاء IQ والقدرة على التذكر والإدراك.
11. مراعاة الفروقات الفردية بين الأبناء.
12. فحص الطفل جسمياً لمعرفة المتغيرات الجسمية الكامنة، وكذا تخطيط المخ EEG لفحص شذوذ نشاطه.
13. عدم توجيه اللوم والنبذ لسلوكياته لمنع تطور أو تفاقم هذه الظاهرة.
14. تقبل الطفل وإحساسه بأنه كائن مرغوب فيه.

ثانياً: الإجراءات العلاجية

العلاج المعرفي السلوكي يتمثل في:

1. **التدريب على مهارات الاسترخاء**

حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية تدريبات الاسترخاء كفنية من فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض الاستجابات السيكولوجية والفسيولوجية وتساعد على تهدئة الطفل وتقلل من التشتت لديه مما يزيد مستوى التركيز وتحسين أداء الطفل.

2. التدريب على مراقبة الذات self- monitoring

وفيها يقوم الطفل بتحديد الاستجابات وردود الأفعال غير المرغوب فيها من خلال المواقف والأهداف التي يسعى إلى تحقيقها مثل الحد من تشتت الانتباه والنشاط الزائد. ثم جمع البيانات والمعلومات عن الطفل والأسباب والعوامل التي تساعد على حدوث الاضطراب. ثم تدريبه على خريطة الوقت time map ثم لتدريب على سجلات مراقبة الذات وهي:

أ. السلوك والأفكار التي تساعد على حدوث الاضطراب (نقص الانتباه ... الحركة الزائدة)

ب. المواقف والأحداث التي تجعل هذا السلوك يظهر (الاضطراب)

ج. المواقف والأحداث التي تتبع هذا السلوك.

د. مراقبة الأحداث ونتائجها.

عندما يقوم الشخص بتسجيل الحدث فيجب أن يسجله (الحدث) عندما يظهر، والظروف المحيطة به أي وصف الحدث داخل السياق Context ثم وصف الشخص (مشاعره وأحاسيسه) أثناء الحدث قبل حدوث الاستجابة به و بعد حدوث الاستجابة (أسامة فاروق، 2002).

3. التدريب على التنظيم الذاتي

مساعدة الطفل على ملاحظة سلوكياته ذاتياً وتطوير قدرته على ضبط الذات وتتطلب مثل هذه الطريقة تدريبه على توجيه سلوكه من خلال الحديث مع نفسه، وملاحظة ما يقوم به من أفعال،ولتعزيز قدرته على التنظيم الذاتي.

أ. العلاج السلوكي: ويستهدف تعديل سلوكيات الطفل غير المرغوبة (كالاندفاعية) وغالباً ما يستخدم أسلوب التدعيم الايجابي ، ويعني مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك المرغوب الذي يتدرب عليه، وقد يكون التدعيم مادياً: عن طريق النقود أو الحلوى، وقد يكون معنوياً: عن طريق تقبيل الطفل أو مداعبته أو مدحه بعبارات شكر. ولابد أن يقدم التدعيم عقب السلوك المراد تدعيمه مباشرة لأن تأجيل التدعيم قد يجعله يقوم بسلوك آخر غير مرغوب ، وعندما يتم التدعيم فإن الطفل يربط هذا التدعيم بالسلوك الأخير مما يشجعه على تكرار السلوك غير المرغوب فيه. (السيد علي، فائقة بدر، 1989، 86).

ب. العلاج الأسري: ولقد وصف باترسون patterson برنامجاً استخدم فيه التدعيم الايجابي ليكون عاملاً فعالاً في إحداث التغيير. وفيه يتعلم الوالدان المبادئ الأساسية للتدعيم الايجابي، وكيف يتجاهلان السلوكيات السلبية. وقد استخدم تحليل الأداء السلوكي وطبق على السلوكيات السلبية – ولذلك قد تبرز سلوكيات محددة يتبعها الأب؛ ويستفاد من إجراء الوقت المستقطع time- out أو الابتعاد المؤقت كأسلوب أساسي ذي أهمية كبيرة. وفي هذا الصدد يتعلم الأب أن يضع نظاماً للمكافأة كجزء من اتفاق مبرم مع الطفل، ويمكن تدريس هذا النوع من البرامج في شكل جماعي، ولكن يمكن جعله فردياً على نحو أفضل وذلك بالعمل مع أسرة واحدة في كل مرة والدليل على ذلك أن التدريب الوالدي يحسن إذعان الطفل وخضوعه أقوى من أي أثر آخر لهذا التدريب في تغيير مقاييس الانتباه (Barkly 1990).

اضطرابات النطق والكلام

تعتبر اللغة أساس الحضارة البشرية، وتمثل الوسيلة الرئيسية التي تتواصل بها الأجيال، وعن طريقها تنتقل الخبرات والمعارف والانجازات الحضارية بمختلف أنواعها وصورها وعن طريقها لا ينقطع الإنسان عن الحياة بموته، ذلك أن اللغة تعينه على الامتداد تاريخياً ليساهم في تشكيل فكر وثقافة وحياة الأجيال التالية، ويكفي أن نذكر هنا أن ما تركه قدماء المصريين مكتوباً أو منقوشاً على جدران آثارهم هو الذي أتاح لنا الآن بعد بضعة سنين أن نتعرف على حياتهم وحضارتهم.

وعلى الرغم من أن اللغة وطريقة الكلام مكتسبة بفعل العوامل البيئية، إلا أن الإنسان يولد مزوداً باستعدادات فطرية تعده للكلام أعني التعبير عن أفكاره بطريقة صوتية معينة – إذ يتوقف إنتاج الكلام والثروة اللغوية لدى الطفل على مدى سلامة جهازيه السمعي والكلامي، ويقوم جهاز السمع بعملية استقبال المثيرات الصوتية وإدراكها، ويقوم جهاز النطق والكلام بعملية الإرسال كالمناغاة والتقليد في المرحلة المبكرة، ثم إنتاج الكلام واللغة كوسيلة للتفاهم والتواصل.(فيصل الزراد:1990، 141).

جهاز النطق والكلام

يتألف جهاز النطق والكلام لدى الإنسان من: الأسنان واللسان وسقف الحلق، وتجويف الفم، والتجويف الأنفي، والبلعوم، والحنجرة، والأوتار الصوتية، والقصبة الهوائية، والرئتين والحجاب الحاجز... ويلعب هذا الجهاز دوراً بالغ الأهمية في الناحية الحركية التي

تتصل بحدوث الأشكال الصوتية التلقائية التي تشكل منها أصوات الحروف. ومن ثم الكلام حيث يعتمد على التوافقات العصبية الدقيقة والمركبة والمتآزرة لأعضاء هذا الجهاز مع مراكز في المخ والتي تسيطر بدورها على الأعصاب وذلك بتحريك العضلات اللازمة لإخراج الصوت والنطق الصحيح ولذلك فإن أي خلل في أية منطقة أو عضو من أعضاء هذا الجهاز سوف يؤدي إلى صورة أخرى من اضطرابات الكلام.

أولاً: مراحل النمو اللغوي

يرتبط النمو اللغوي بسلامة الجهاز العصبي وأجهزة النطق وجهاز السمع والذكاء والمقومات الثقافية والاجتماعية والبيئة المحيطة بالطفل ويستطيع الطفل قبل أن يستطيع التعبير عن نفسه تعبيراً لغوياً صحيحاً أن يفهم لغة المحيطين به، وهذا يؤكد أن تفهم اللغة يسبق استخدامها للتعبير عن الحاجات والأسئلة الكثيرة التي تدور في ذهن الطفل على الرغم من أن الأطفال في مختلف البيئات يتعلمون التحدث بلغات كثيرة مختلفة، إلا أن التعاقب الزمني في اكتساب التعبير الصوتي ثابت بدرجة تبعث على الدهشة.

مراحل النمو اللغوي تنقسم إلى:

1. مرحلة الصراخ Crying stage: تشير الدراسات الفسيولوجية إلى أن أعضاء الكلام لدى الطفل تصل إلى مستوى لا بأس به من النمو ويمكنها أن تؤدي وظيفتها قبل ميلاد الطفل، ويعض علماء الأجنة يقرون أن الأجنة في شهرها الخامس تصبح أجهزة الصوت لديها القدرة على العمل وهذا هو أقل عمر للجنين أمكن فيه ملاحظة بعض الأصوات الناعمة لدى الجنين، وعادة تتطور اللغة لدى الطفل بدءاً من الصرخة الأولى التي تأتي بعد الميلاد مباشرة والتي تحدث بسبب اندماج الهواء بقوة عبر الحنجرة إلى رئتي الطفل حيث يتم اهتزاز الحبال الصوتية، وبالتالي تحدث عملية التنفس التي تهدف إلى تزويد الدم بقدر من الأكسجين ويحدث ذلك بفضل فعل منعكس فسره عالم التحليل النفسي أوتورانك بصدمة الميلاد، وبعد ذلك يصغي الطفل تدريجياً إلى صوته الذي يرتبط بوظائف التغذية وحاجاته الأساسية (طعام، شراب، ألم، غضب، تبول، قيء...) ويصبح الصوت معبراً عن الحالات الجسمية، والوجدانية ورغبات الطفل النفسية. والصرخات التي تصدر عن الطفل قد لا تحمل أي معنى يتصل بموقف ما، إلا أنها ذات أهمية كبيرة لأنها تعتبر تمريناً للجهاز الكلامي الذي يعمل على نضج أجهزة الصوت، ولذلك يرى بعض العلماء ضرورة ترك الوليد يبكي لمدة تتراوح بين 15- 20 دقيقة لتقوية عضلات الصدر والرئتين.

وهناك ثلاث أنواع من الصراخ والبكاء هي:

- بكاء الجوع: ويسمع غالباً بعد بضع ساعات من الوجبة السابقة من (2- 4 ساعات).
- بكاء الألم: والتي أمكن دراسته نتيجة آلام الشك بالإبرة أو عند الحقن، وهو بكاء طويل عنيف يعقبه صمت طويل، ثم بكاء مدة ثانية بعد استعادة التنفس، ويصاحبه توتر عضلي في الوجه وتقلصات عديدة في عضلات مختلفة من الجسم.
- بكاء الغضب: ويشبه بكاء الجوع مع مزيد من دفع الهواء عبر الأوتار الصوتية وهو صراخ طويل يدل على الغيظ والغضب.
- وتشير الملاحظات العادية إلى أن هذه الصرخات تختلف من حيث نمطها عن الصرخات الموجودة عند الراشدين، وتنقصها لخصائص البناء والتنظيم التي تميز اللغة البشرية بشكل عام.(Kaplar.&Sadock,1990).

2. مرحلة المناغاة babbling: ولقد أشرنا إلى أن الطفل يبدأ بالصراخ أولاً ودون وجود دلالات اجتماعية أو لغوية واضحة، أصوات عشوائية، ويلاحظ أن الطفل في هذه المرحلة يقوم بإحداث ترديدات من تلقاء نفسه تكون شبه واضحة، وتأخذ شكل لعب صوتي، وتكون غاية في حد ذاتها لا تعبيراً عن شيء معين، ويجد الطفل في ذلك لذة ومتعة، ويعتبر ذلك بداية للترابطات السمعية الصوتية، وتدعم هذه الحركات الصوتية تدريجياً بفضل ردود فعل الأم والأسرة والناس، مما يجعل الطفل يكتشف تدريجياً جميع فعاليات أصواته، والطفل وهو جائع يقوم بشبه حركة المص، ونجده يتلفظ بشيء يشبه حرف الميم (ل،ل،ل،...) وعندما يتناول لدى أمه فإننا نجده يتلفظ بعبارات تشبه (موم، موم، موم،...) وهذه الألفاظ تلفت نظر الطفل وإحساسه شيئاً فشيئاً وإلى أن يحصل شيء من التوافق بين نطقه وسمعه، ويزداد ميل الطفل (حوالي الشهر الرابع من الميلاد) إلى إحداث الأصوات واللعب بها، كما يزداد الانسجام بين الصوت وحاسة السمع، وفي نفس الوقت يزداد الجهاز العضوي للكلام نمواً، وهذا ما يزيد من قدرة الطفل على إحداث الترابطات الصوتية والسمعية كما يزيد من تدريب الجهاز الصوتي على النطق.

3. مرحلة الكلمة الواحدة: وهي تمتد من الشهر السادس إلى الشهر الثالث عشر ويبدأ الطفل في النطق بالكلمة الأولى والتي غالباً ما تكون (بابا – ماما) ورغم أن الطفل لا ينطق إلا كلمة واحدة أو كلمات قليلة إلا أنه مع نهاية السنة الأولى يجيب على كلمات الآخرين وتعليماتهم، أو أوامرهم، ولكن ليس بكلمات أو ألفاظ بل بحركات إيمائية

وإشارات في العيون والوجه واليدين والجسم، وغالباً ما تكون استجابته صادقة بالرغم من أنه لا يتكلم بها بعد.

4. مرحلة الكلمتين والجملة: الخطوة التالية في ارتقاء اللغة هي استخدام كلمتين لا كلمة واحدة ويصل الأطفال إلى هذه المرحلة في حوالي الشهر الثامن عشر إلى الشهر العشرين ولا يبدأ الطفل في النطق بالجمل إلا بعد اكتساب عدد معقول من المفردات ويستطيع في عمر الرابعة تقريباً أن يكون جملة مفيدة وتامة وهذا لا يتم إلا إذا توفرت البيئة الأسرية التي تشجع النمو اللغوي للطفل. وفي عمر سنتين يبدأ بتركيب جملة بسيطة مكونة من كلمتين. كما أن أول ما يتعلمه الطفل من كلمات لغوية أسماء الأشياء والأفراد بدءاً من المحيطين به مثل (بابا - ماما) وأسماء الأخوة، ويبدأ الطفل بالأسماء العيانية الحسية ثم ينتقل إلى الأسماء المجردة والمعاني الكلية ثم إلى صفات الأشياء أما الصفات المعنوية فإنها تتأخر نسبياً مثل (شجاع، كريم، جبان) وفي أواخر السنة الثانية من عمره يبدأ الطفل باستخدام الضمائر لأول مرة مثل (أنا، أنت).

العوامل التي تؤثر على النمو اللغوي لدى الطفل

1. سلامة أعضاء الكلام [الجهاز التنفسي - الجهاز الصوتي - الحنجرة - الأحبال الصوتية - وأجهزة النطق التي تتمثل في الحنك والأسنان واللسان والفك السفلي والشفتين والجهاز العصبي - وأجهزة السمع والكلام]
2. العلاقة العلمية بين الوالدين والطفل: حيث تشجع هذه العلاقة الطفل على الكلام - وتجعل كلامه أسرع وأدق.
3. المثيرات الثقافية والبيئية (التليفزيون، الراديو، الكتب، المجلات، الألعاب اللغوية).
4. الذكاء: حيث إن الطفل الأكثر ذكاء أكثر قدرة على اكتساب اللغة.
5. النوع: حيث أثبتت الدراسات أن البنات أسرع وأسبق في النطق الصحيح، كما أن الذكور أكثر معاناة من اضطراب النطق وربما يعود ذلك إلى أن الطفل يتوحد مع الوالد من نفس الجنس وكنتيجة لذلك فإن الطفلة تتوحد مع أمها وتتبعها مع مكان إلى آخر وتقلد أنشطتها وتتلقى الطفلة من أمها الكثير من المثيرات اللغوية والطفل ينمي نفس العلاقة مع الأب إلا أن الأب غير متفرغ له.

اضطرابات الكلام Speech Disorders

اضطرابات الكلام هي اضطرابات تتعلق بمجرى الكلام أو الحديث ومحتواه ومدلوله أو معناه، وشكله، وسياقه وترابط الأفكار والأهداف ومدى فهمه من الآخرين، وأسلوب

الحديث، والألفاظ المستخدمة وسرعة الكلام، فإنها تدور حول محتوى الكلام ومغزاه وانسجام ذلك مع الوضع العقلي والنفسي والاجتماعي للفرد المتكلم. ومن هذه الاضطرابات ما يدخل تحت اسم الطلاقة في النطق Fluency وضعف المحصول اللغوي، وتأخر الكلام لدى الأطفال ومنها اضطرابات النطق Articulation disorders Delayed speech واضطرابات الصوت Voice disorders ..الخ. (فيصل الزراد: 1990، 141- 143).

وقد أوردت DSMIV (1994) اضطرابات تواصل Communication disorders أساسية هي:

1. اضطرابات اللغة التعبيرية Expressive Language.
2. اضطرابات اللغة التعبيرية الاستقبالية المختلط Mixed receptive - Expressive Language disorders.
3. الاضطرابات الصوتية Phonological disorders.
4. اللجلجة في الكلام (التهتهة) Stuttering.

اضطرابات التواصل غير المحدد

Communication disorders not otherwise specified

في حين حدد ICD – 10 (1992) أربعة اضطرابات أساسية للغة الكلام هي:

1. اضطرابات خاصة بنطق الكلام Articulation disorders.
2. اضطرابات اللغة التعبيرية Expressive Language disorders.
3. اضطرابات اللغة الاستقبالية Receptive Language disorders.
4. الحبسة الناجمة عن الصرع Acquired Aphasia with Epilepsy.

أسباب اضطرابات الكلام

1. الأسباب العضوية: كنقص اختلال الجهاز العصبي المركزي واضطراب الأعصاب المتحكمة في الكلام، مثل اختلال أربطة اللسان إصابة المراكز الكلامية في المخ بتلف أو نزيف أو مرض عضوي أو ورم.(مصطفى فهمي:1976، 164).
2. الأسباب النفسية: وهي الأسباب الغالبة على معظم حالات عيوب النطق كما أنها تصاحب أغلب الحالات العضوية ومن هذه الأسباب: القلق النفسي، الصرع، عدم الشعور بالأمن والطمأنينة، المخاوف والوساوس، الصدمات الانفعالية، الشعور بالنقص وعدم الكفاءة.(محمد عبد المؤمن:1983، 230-231).

3. الأسباب البيئية: كتعلم عادات النطق السيئة دون أن يكون الطفل يعاني من أي عيب بيولوجي سوى اللسان أو الأسنان وشفة، فكم من طفل تبث بعد عامه الثاني على نطقه الطفلي الذي يسمى "Baby talk" لعدة سنوات لأن من حوله دللوه وشجعوه على استخدام هذه الألفاظ غير السليمة.
4. أسباب أخرى كتأخر نموه أو بسبب ضعفه العقلي أو لوجوده في بيئة تتعدد فيها اللغات واللهجات بين وقت وآخر.(حسن مصطفى:2003، 178).

وسنتناول كل سبب من الأسباب السابقة بالتفصيل ومنها على سبيل المثال الأسباب العضوية وترجع إلى:

أ. خلل أجهزة النطق

تعد أجهزة النطق من أهم أجزاء الجسم الرئيسية في إخراج الكلام ومن ثم فإن أي خلل يؤدي إلى اضطراب اللغة وذلك على النحو التالي:

- الحنك المشقوق: ويحدث الحنك المشقوق نتيجة لبعض العوامل مثل الاستعداد الوراثي المصحوب بمشكلات بيئية أثناء حمل الأم للطفل مثل التعرض للإشعاع، أو امتناع وصول الأكسجين مبكراً في فترة الحمل أو قد يحدث نتيجة نقص الكالسيوم، أو أسباب أخرى مثل دخول جسم غريب حاد إلى سقف الفم، ويؤدي الحنك المشقوق إلى صعوبات في التنفس والبلع والنطق، ويمكن التغلب على هذه المشكلة بإجراء جراحة لالتئام الأنسجة معاً، أو تركيب حنك صناعي في المكان الشاغر.
- شق الشفاه: وتؤدي هذه الحالة إلى عدم احتباس الهواء عند نطق بعض الحروف مثل (د-م).
- وجود مشكلات في اللسان: مثل (القصر الزائد – قطع اللسان – أورام اللسان – اندفاع اللسان للأمام) وهذه العيوب تؤدي إلى تشوه بعض الأصوات.
- تناسق الأسنان: قد يؤدي تناسق الأسنان لدى بعض الأشخاص إلى مشكلات في الإخراج السليم للكلمات رغم أن عدم تناسق الأسنان قد لا يرتبط لدى بعض الأشخاص بهذه المشكلة.

وقد يؤدي إلى خلل في إطباق الأسنان إذ قد يتقدم الفك السفلي على العلوي أو العكس مما يؤثر على وضوح الصوت وجودته.

- ضعف أو التهاب أو أورام الحنجرة والأحبال الصوتية والجهاز التنفسي.

ب. خلل الجهاز العصبي

ما يصيب الجهاز العصبي من تلف أو إصابة ما قبل أو أثناء أو بعد الولادة هو المسئول في كثير من الأحيان عما ينجم من مشكلات في النطق، ومن أهم مظاهر خلل الجهاز العصبي (الخلل الدماغي – التخلف العقلي- خلل جهاز السمع) (إيهاب الببلاوي، 2003، 127)

الأسباب النفسية وتتضمن ما يلي:

1. النزاع الأسري بما يشمل من الخلافات بين الوالدين، والطلاق والانفصال.
2. سوء معاملة المعلم للتلميذ واستخدام أساليب عقاب مفرطة.
3. عدم إحساس الطفل بالشعور بالحب والأمن والثقة والاطمئنان.
4. الحماية الزائدة لدى الأطفال.
5. تعرض الطفل لصدمات نفسية وانفعالية شديدة مثل وفاة أحد الوالدين.
6. تقليد الطفل لنموذج طفل آخر في البيئة المحيطة به لديه عيوب نطق.
7. الاستهزاء بالطفل عند نطقه لبعض الحروف أو الكلمات يجعله يحجم عن الكلام أو يخاف أن يتكلم مما يستوجب علاج هذه العيوب مبكراً حتى لا تؤثر على النمو اللغوي للطفل بالشكل السليم.

الأسباب البيئية تتمثل في:

1. قصور في التفاعل الاجتماعي واللغوي للطفل نتيجة عدم إتاحة الفرصة له للعب مع أقرانه أو الحوار والتحدث معهم.
2. إيداع الأطفال بالمؤسسات الاجتماعية أو الجمعيات الخيرية ودور رعاية الأيتام لتنشئتهم تنشئة سليمة ولكن نظراً لأن هذه الجمعيات تكثر لديها العيوب اللغوية فإنها قد تساعد على عيوب النطق والكلام.
3. تدني المستوى الثقافي للأسرة قد لا يساعد على التدخل المبكر للطفل لتنمية المهارات اللغوية.
4. تدني المستوى الاقتصادي للأسرة مما يقلل من الخبرات التي يتعرض لها الطفل كي تزيد من تمييزه الإدراكي للأصوات والأسماء وتقلل من فرص الخبرات التعليمية

والتكنولوجية التي تزيد من قدرته على النطق السليم وكثرة المعلومات التي تتيح القدرة على استعمال اللغة بطريقة جيدة. (آمال أباظة: 2003: 117).

أنواع عيوب النطق:

3. اللجلجة أو (التهتهة) Stammering or Stuttering

هي نوع من التردد والاضطرابات في الكلام حيث يردد الفرد حرفاً أو مقطعاً ترديداً لا إرادياً مع عدم القدرة على تجاوز ذلك إلى المقطع التالي ويصاحب اللجلجة اضطراب انفعالي وضيق وعدم ثقة وذلك لعدم القدرة على توصيل المعلومات للآخرين. ويرى جيرهيرت وآخرون Gearheart, et al (1992). أن اللجلجة اضطراب في تدفق الكلام الطبيعي – وهذا الاضطراب يرجع إلى صعوبات في الأبعاد الخمسية لتدفق الكلام: وهي:

- التعاقب أو التسلسل أو ترتيب الأصوات.
- الدوام أو طول الوقت لأي عنصر صوتي (وهي مشكلة تقود إلى المزج بين الأصوات وتقليل وضوحها وجلائها).
- المعدل: أو سرعة نطق الألفاظ والمقاطع والكلمات.
- الإيقاع: أو نوع العناصر الصوتية (وعندما يكون الإيقاع خاطئاً فإن إدراك ووضوح الكلام يقل كثيراً).
- الطلاقة أو سلاسة نطق الألفاظ.

وتعرف اللجلجة في الـ ICD 10 (1992) بأنها كلام يتسم بتكرار متكرر للأصوات أو تطويل بها أو للمقاطع أو الكلمات، أو بترددات متكررة، أو سكتات تمزق التدفق النغمي للصوت. وطبقاً لـ DSM – IV (1994) تعرف اللجلجة بأنها اضطراب في الطلاقة العادية للكلام أو التشكيل الزمني له وتطويله بطريقة غير مناسبة لعمر المريض، وتتألف حالة اللجلجة من واحد أو أكثر من الأعراض التالية: تكرارات الصوت، التطويلات، الألفاظ المقتحمة أثناء انسداد الكلام، سكتات في الكلمات، إبدالات ملحوظة بالكلمة لتفادي التقطع والانسداد والسكوت... ويتداخل الاضطراب مع الأداء الوظيفي الأكاديمي والمهني والاجتماعي للفرد ولو وجد عجز حسي أو عجز حركي كلامي فإن الصعوبات تفوق تلك الصعوبات المعتادة للمشكلة ... ويختلف مدى اللجلجة: فتكون أسوأ في المواقف الضاغطة من الحياة العادية ويطلق عامة الناس على اللجلجة اسم التهتهة أو التأتأة أو الرتة. (محمد عبد المؤمن:1986، 230)

ويستخدم معظم الباحثين المصطلحين Stammering , Stuttering بالتبادل للإشارة إلى معنى واحد وهو التردد والخفاء والاختلاط في الكلام، بينما يقصر بعضهم المصطلح الأول على عملية تكرير وإعادة Repetition الأصوات أو المقاطع اللغوية أو الكلمات.

والمصطلح الثاني (Stammering) يعني عقلة اللسان أو انسداد الكلام على توقفات الكلام والتردد فيه Hesitations كما يستخدم مصطلح Stuttering بكثرة في الولايات المتحدة الأمريكية، ويستخدم مصطلح Stammering في بريطانيا.

من أهم المؤشرات على وجود اللجلجة:

1. إعادة الحرف أو تكرار، Repetition (د.د.د... دلوقت) أو المقطع اللفظي (فا.فا.فا.فاتلة) أو الكلمة (لكن.لكن.لكن. لكن) وذلك بشكل تشنجي لا إرادي.
2. الإطالة الصوتية الزائدة: Prolongation of sounds لا سيما بالنسبة للحروف الساكنة، ويشير البعض إلى أن الإطالة الصوتية تكون في مراحل متقدمة من اللجلجة على عكس التكرار والإعادة التي تكون في مراحلها المبكرة.
3. التوقفات (الإعاقات) الكلامية Blockages : وتبدو في عجز الطفل عن إصدار أي صوت على الإطلاق رغم مكابدته ومجاهدته، ويلاحظ ذلك في بداية نطق الحرف أو المقطع اللفظي أو الكلمة، وفي الكلمات المشددة خاصة، مما ينجم عنه تقطعات كلامية (Conture,1990) . Speech Interruptions

من المظاهر الثانوية المصاحبة للجلجلة ما يلي:

1. اضطراب النشاط الحركي للمتلجلج، ويبدو ذلك في سلوك حركي غير ملائم ولا متطابق، وعادة ما يرتبط ذلك بلحظات صعوبة نطق بدايات الأصوات والكلمات، ومنه تقلصات عضلات الوجه، و رتعاش الرموش والشفتين، ورفع الأكتاف وتحريك الذراعين، واحمرار الوجه.
2. اضطراب عملية التنفس ويبدو في صعوبة التنفس نتيجة الاستنشاق المفاجيء للهواء، والطرد العنيف للأنفاس مع استخدام كمية قليلة من هواء الزفير في الكلام.
3. إحجام الطفل ومحاولة تجنبه لما يشير للجلجته أو خجله أو ما يترتب عليها من نتائج، والإسهاب في استخدام بعض المترادفات بغرض تجنب بعض الحروف أو كلمات معينة يتوقع اللجلجة فيها، وتحاشي النظر في عين المستمع.

ويظهر اضطراب اللجلجة عادة في سن الثالثة أو الرابعة أو خلال الفئة العمرية من (3 - 10 سنوات)، بمعنى أنه قد يحدث أثناء عملية اكتساب الطفل للغة، أو مع بدء دخول المدرسة، أو أثناء مخالطته لزملائه ومنافستهم، وغالباً ما يكون الطفل عادياً قبلها تماماً ويتحدث بشكل عادي ثم يظهر عنده الاضطراب فجأة وربما تدريجياً كما أنه أكثر شيوعاً بين الأولاد والأنوائم عنه بين البنات وتبلغ نسبة حدوثه لدى الذكور مقارنة بالإناث (عبد المطلب القريطي: 1997: 347).

2. العي (عسر الكلام)

يقصد بالعي تلك الحالة التي يعجز الفرد فيها عن النطق بأية كلمة بسبب توتر العضلات الصوتية وجمودها، ولذلك نرى الفرد الذي يعاني من العي يبدو وكأنه يبذل مجهوداً خارقاً حتى ينطق بأول كلمة في الجملة فإذا تم له ذلك يندفع كالسيل حتى تنتهي الجملة ثم يعود بعدها إلى نفس الصعوبة حتى يبدأ الجملة الثانية وهكذا.

ومن الثابت علمياً أن أغلب حالات العي أسبابها نفسية وإن كان بعضها تصاحبه علل جسمانية كالتنفس من الفم، أو اضطرابات في الجهاز التنفسي أو تضخم اللوزتين أو لحمية في الأنف إلى غير ذلك. وكثير من حالات العي تبدأ في أول الأمر في شكل لجلجة وحركات ارتعاشية متكررة تدل على المعاناة من اضطرابات انفعالية واضحة ثم يتطور الأمر إلى العي الذي تظهر فيه حالات التشنج التوقفي وتبدو على المريض أعراض المعاناة والضغط على الشفتين وتحريك الكتفين أو اليدين، أو الضغط بالقدمين على الأرض أو الإتيان بحركات هستيرية في رموش وجفون العينين وكلها أعراض تدل على الصعوبة التي يعاني منها المريض عند محاولة الكلام خصوصاً في المواقف الاجتماعية الصعبة.

وواقع الأمر فإن الحركات العشوائية وغير العشوائية والهستيرية التي يأتيها المريض إنما يهدف منها إلى أن تساعده على التخلص من عدم القدرة على الكلام والتخلص أساساً من التوتر النفسي الذي يعوقه عن إخراج الكلام.

3. الخمخمة

الخمخمة وما يسميه العامة من الناس (الخنف)، هي عيب من عيوب النطق يستهدف له الأطفال والصغار والبالغون الكبار على حد سواء ويتميز هذا العيب عن غيره من العيوب التي تتصل بالنطق، وكذلك عن الاضطرابات الكلامية المعروفة كاللجلجة مثلاً، بتميز بمظاهر خاصة، يسهل حتى على غير الأخصائيين وعلى غير المشتغلين بأمراض النطق إدراكها بمجرد الاستماع إليها سواء أكان ذلك عن طريق الملاحظة العارضة أو عن طريق

الملاحظة المقصودة. ويصبح المصاب – والحالة هذه – هدفاً للنقد والسخرية، فينشأ هياباً قلقاً، قليل الثقة بالنفس. فيفضل الصمت والانزواء، ويهرب من المجتمع إلا إذا اضطرته الظروف إلى التعامل، فيقوم بذلك رغماً عنه.

ويجد المصاب بالخمخمة صعوبة في إحداث جميع الأصوات الكلامية المتحرك منها والساكن (فيما عدا حرفي الميم والنون) فيخرجهما بطريقة مشوهة غير مألوفة فتبدو الحروف المتحركة مثلاً كأن ليها غنة.

وترجع الإصابة بالخمخمة إلى عوامل ولادية. إذ يتعرض الجنين في الأشهر الأولى من حياته إلى عدم نضج الأنسجة Tissues والتي يتكون منها نصف الحلق أو الشفاه، فيترتب على ذلك عدم التحامها، وهنا تحدث فجوة Cleft في سقف الحلق أو يحدث انشقاق في الشفاه وخاصة الشفة العليا. وتبلغ نسبة الإصابة بهذه العلة نحو طفل واحد كل ألف طفل.

وقد اهتمت الدول المتقدمة وأعطت عناية فائقة لمن يولدون بهذه العيوب الخلقية فشرعت القوانين التي تقضي بضرورة إجراء عمليات جراحية يقوم بها متخصصون في فن جراحة الترقيع Prosthesis وهذه العمليات الجراحية تؤدي إلى التئام هذه الفجوات الخلقية بحيث يصبح بعدها من الميسر تدريب الطفل على أن يحسن الكلام.

4. التلعثم

يقصد بالتلعثم عدم قدرة الطفل على التكلم بسهولة فتراه يتهته، ويجد صعوبة في التعبير عن أفكاره فترة ينتظر لحظات حتى يتغلب على خجله، وأخرى يعجز تماماً عن النطق بما يجول في خاطره.

والتلعثم ليس ناشئاً عن عدم القدرة على الكلام فالمتلعثم يتكلم بطلاقة وسهولة في الظروف المناسبة أي إذا كان يعرف الشخص الذي يكلمه، أو إذا كان أصغر منه سناً أو مقاماً.

وأول ما يشعر به المتلعثم هو شعور الرهبة والخجل ممن يكلمه فتسرع نبضات قلبه ويجف حلقه ويتصبب عرقاً فيتمنى لو أمكن أن يملك عواطفه ويستعيد هدوءه حتى يتابع الكلام في سهولة ويبدأ بالتلعثم عادة من جديد إذا أصيب بصدمة نفسية حتى ولو كان مضى على شفائه سنين عديدة.

والطفل إذا شعر بهذا النقص نشبت في نفسه حرب داخلية للتغلب عليها، ومما يزيده يؤساً ملاحظات من حوله على طريقة كلامه أو تعمد إحراجه.

أسباب التلعثم

1. قد يتنفس الطفل تنفساً عميقاً قبل الكلام ولكنه يسرف في استعمال الهواء الموجود في رئتيه فيستنفده في بضع كلمات.
2. لا يتنفس الطفل تنفساً عميقاً قبل بدء الكلام فينطق بكلمة أو كلمتين ثم يقف ليتنفس، ويستمر كذلك بين تكلم واستراحة فيكون كلاماً متقطعاً.
3. تتقلص عضلات الحنجرة نتيجة خوف أو رهبة فتحجز الكلمات قبل خروجها ولا يقوى الطفل على النطق بأي كلمة أو يقول آآآ. ولا يستمر أكثر من ذلك حتى يزول خوفه وتنفتح حنجرته.
4. يكون التوازن معدوماً بين عضلات الحنجرة واللسان والشفتين فينطق بأحد الحروف قبل الآخر، أو يدغم الحروف بعضها ببعض.
5. **التأتأة**

التأتأة أو لكنه حرف السين، فينطق حرف الذال بدلاً من السين، وهي من أكثر عيوب النطق انتشاراً بين الأطفال وهي تلاحظ بكثرة فيما بين الخامسة والسابعة، أي في مرحلة إبدال الأسنان، غير أن كثيراً من المصابين في هذه السن يبدءون من هذه العلة إذا ما تمت عملية إبدال الأسنان، فيعود نطق الحروف الصفيرية Sibilant إلى ما كان عليه من الدقة وعدم التردد. وهناك أقلية تلازمها هذه العادة إلى أن تتاح لها فرصة العلاج الكلامي.

وإن من أبرز أسباب الخطأ في نطق حرف السين عن طريق إبدالها بحروف أخرى كالثاء أو الشين أو الدال، إنما يرجع إلى (عدم انتظام الأسنان من ناحية تكوينها الحجمي، كبراً وصغراً أو من حيث القرب والبعد، أو تطابقها وخاصة في حالة الأضراس من الطاحنة والأسنان القاطعة فيجعل تقابلها صعباً).

ويعتبر هذا العيب العضوي التكويني على اختلاف صوره من أهم العوامل التي تسبب التأتأة في أغلب الحالات التي تعرض على العيادات الخاصة وبالتخاطب بتيسر له تحقيق التوافق بين القدرة الحركية والقدرة البصرية، وعندما يحدث التقدم تأخذ أشكالاً أخرى، فبعد أن كان التدريب لنطق حروف منفصلة، يصبح تدريباً على نطق مقاطع، فكلمات، فجمل، ويحسن ألا تزيد هذه الجلسات العلاجية عن مدة تتراوح ما بين 20، 30 دقيقة وإلا أجهد الطفل المصاب.

6. الحذف

في هذه النوع من عيوب النطق يحذف الطفل صوتاً ما من الأصوات التي تتضمنها الكلمة، ومن ثم ينطق جزءاً من الكلمة فقط، وقد يشمل الحذف أيضاً أصواتاً متعددة وبشكل ثابت ويصبح كلام الطفل في هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق.

مثال: ينطق الطفل بكلمة مدسة أو مرسة بدلاً من كلمة مدرسة، وبكلمة أمد بدلاً من أحمد أو محمد.

وتسبب عملية الحذف هذه صعوبة في فهم كلام الطفل ومعرفة الحاجة أو الفكرة التي يريد أن يعبر عنها مما يؤدي إلى إرباكه وشعوره بعدم القدرة على إيصال أفكاره إلى الآخرين مما يفقده الشعور بالثقة بالنفس.

علاج اضطرابات نطق الكلام

علاج اضطرابات الكلام يحتاج إلى صبر وتعاون الآباء والأمهات والمعلمين والمعلمات، يتعاونون من أجل نجاح علاج ذوي اضطرابات الكلام مهما استغرق ذلك من وقت وينحصر العلاج في الخطوات التالية:

1. **العلاج الجسمي:** وهو التأكد من أن المريض لا يعاني من أسباب عضوية خصوصاً النواحي التكوينية والجسمية في الجهاز العصبي وكذلك أجهزة الكلام والسمع وعلاج كل ما قد يوجد به عيوب أو خلل أو مرض سواء أكان علاجاً طبياً أو جراحياً.
2. **العلاج النفسي:** يستخدم العلاج النفسي لتقليل الأثر الانفعالي والتوتر النفسي للطفل كذلك لتنمية شخصيته ووضع حد خجله وشعوره بالنقص، مع تدريبه على الأخذ والعطاء حتى تقلل من ارتباكه، والواقع فإن العلاج النفسي للأطفال يعتمد نجاحه على مدى تعاون الآباء والأمهات لتفهمهم للهدف منه، بل يعتمد أساساً على درجة الصحة النفسية لهم، وعلى الآباء معاونة الطفل الذي يعاني من هذه الاضطرابات بأن يساعدوه على ألا يكون متوتر الأعصاب أثناء الكلام، حساساً لعيوبه في النطق، بل عليهم أن يعودوه على الهدوء والتراخي وذلك يجعل جو العلاقة مع الطفل جواً يسوده الود والتفاهم والتقدير والثقة المتبادلة كما يجب على الآباء والمعلمين أيضاً محاولة تفهم الصعوبات التي يعاني منها الطفل نفسياً سواء في المدرسة أو الأسرة كالغيرة من أخ له يصغره أو الحقد على أخ له يكبره، أو اعتداء أقرانه في المدرسة أو غير ذلك من الأسباب، والعمل على معالجتها، وحمايته منها لأنها قد تكون سبباً مباشراً أو غير مباشر فيما يعانيه من صعوبات في النطق.

وقد يستدعي العلاج النفسي تغيير الوسط المدرسي بالانتقال إلى مدرسة أخرى جديدة إذا كانت الضرورة تستدعي ذلك كما يراعى عدم توجيه اللوم أو السخرية للطفل الذي يعاني من أمراض الكلام سواء من الآباء أو الأمهات أو المعلمين أو الأقران.

3. **العلاج الكلامي:** يقوم الأخصائي أو معالج الكلام (أخصائي التخاطب) بتدريب الطفل عن طريق الاسترخاء الكلامي والتمرينات الإيقاعية، وتمرينات النطق على التعليم الكلامي من جديد بالتدرج من الكلمات والمواقف السهلة إلى الكلمات والمواقف الصعبة، وتدريب جهاز النطق والسمع عن طريق استخدام المسجلات الصوتية، وعن طريق CD للتخاطب خاصة للأطفال ذوي اضطرابات النطق والكلام ثم تدريب المريض على تقوية عضلات النطق والجهاز الكلامي بوجه عام. ويجب أن يكون العلاج النفسي مكملا وضروريا لعلاج الكلام ويلازمه في أغلب الحالات.

والقصد من أن يلازم العلاج النفسي العلاج الكلامي هو أن مجرد علاج اللجلجة أو العي أو غيرهما من أمراض الكلام إنما تعالج الأعراض دون أن تمس العوامل النفسية التي هي مكمن الداء، ولذلك فإن كثيرين ممن يعالجون كلامياً دون أن يعالجوا نفسياً ينتكسون بمجرد أن يصابوا بصدمة انفعالية، أو أنهم بعد التحسن يعودون إلى اللجلجة وتسوء حالتهم من جديد دونما سبب ظاهري، كما أنهم عادة يكونون شخصيات هشة ليست لديهم القدرة على التنافس مع أقرانهم سواء في المدرسة أو في وسطهم العائلي. وتوجه نظر الآباء والمدربين إلى عدم التعجل في طلب سلامة مخارج الحروف والمقاطع في نطق الطفل، ذلك لأن التعجيل والإصرار على سلامة مخارج الحروف والمقاطع والكلمات من شأنه أن يزيد الطفل توتراً نفسياً وجسمياً ويجعله ينتبه لعيوب نطقه، ويزيد اضطراب النطق مع مراعاة أن سلامة مخارج الألفاظ والحروف والمقاطع في نطق أي طفل يعتمد أساساً على درجة نضجه العقلي والجسمي، ومدى قدرته على السيطرة على عضلات الفم واللسان، وقدرته على التفكير، وفوق كل ذلك درجة شعوره بالأمن والطمأنينة أو مدى شعوره بالقلق النفسي.

4. **العلاج البيئي:** يقصد بالعلاج البيئي إدماج الطفل المريض في نشاطات اجتماعية تدريجياً حتى يتدرب على الأخذ والعطاء وتتاح له فرصة التفاعل الاجتماعي وتنمو شخصيته على نحو سوي، ويعالج من خجله وانزوائه وانسحابه الاجتماعي، مما يساعد على تنمية الطفل اجتماعياً والعلاج باللعب والاشتراك في الأنشطة الرياضية والفنية وغيرها هذا

كما يتضمن العلاج البيتي إرشادات للآباء القلقين إلى أسلوب التعامل السوي مع الطفل كي يتجنبوا إجباره على الكلام تحت ضغوط انفعالية أو في مواقف يهابها، إنما يتركون الأمور تتدرج من المواقف السهلة إلى المواقف الصعبة مع مراعاة المرونة لأقصى حد حتى لا يعاني من الإحباط والخوف، وحتى تتحقق له مشاعر الأمن والطمأنينة بكل الوسائل.

إضطرابات النوم Sleep Disorders

مقدمة

للنوم أهمية في حياة الطفل، وتزداد هذه الأهمية كلما كان صغيراً وتشير نتائج بست وتايلور Best &taylor إلى إن المولود الجديد يحتاج من 18– 20 ساعة للنوم يومياً، ففي الشهر الأول من العمر ينام الطفل تقريباً من 16: 18 ساعة يومياً بينما بعد عمر 12 شهر يكون الطفل في حاجة إلى نوم مدته 14 ساعة يومياً فقط في المتوسط أما في العام الثاني من العمر فيحتاج إلى ما يقرب من 12 ساعة للنوم، ثم تنخفض إلى إحدى عشرة ساعة عندما يصبح عمره تسعة أعوام، ثم تصبح ما بين عشر ساعات إلى ثماني ساعات عندما يبلغ الثانية عشرة من عمره. (سوك، 1997، 74).

يقضي الإنسان ثلث حياته في النوم تقريباً، أي أن معظمنا يقضي ما يقرب من ثلاثة آلاف ساعة كل عام في النوم ويحتاج الوليد في الأسبوعين الأولين إلى نوم 16.5 ساعة تقريباً في اليوم الواحد، في حين أن نوم طلاب الجامعة في المتوسط يتراوح بين 7– 8 ساعات في اليوم، وبعد عمر الخمسين تنخفض الساعات الكلية للنوم إلى أقل من ست ساعات. (أحمد عبد الخالق، 2001: 3).

الحاجة إلى النوم من الحاجات البيولوجية الجوهرية لنمو الطفل – فالنوم من أهم العوامل لتعويض ما أنفقه الطفل أثناء بذل الجهد والنشاط، لأنه يريحه راحة تكاد تكون تامة.. ففي النوم يقل النشاط إلى أدنى حد، ويبطئ التنفس والدورة الدموية، وينخفض معدل الأيض، وبذلك يساعد الجسم على الاحتفاظ بالتوازن من حيث التكوين الكيميائي والعمليات الفسيولوجية. (هدى قناوي، 1983، 127).

وأشارت الدراسات إلى أن حصول الإنسان على قسط مناسب من النوم يجعله معتدل المزاج مرتاح النفس نشط الجسم ويساعده على زيادة إنتاجه إذا كان عاملاً، وعلى الاستذكار والتحصيل إذا كان طالب علم، أما اضطراب النوم وعدم حصول الفرد على

حاجته من النوم فإنه يؤدي إلى ضعف همته وقلة طاقاته الجسمية وشرود ذهنه واضطراب مزاجه وانخفاض إنتاجه، وسوء علاقاته. (محمد عودة كمال موسى : 1986، 308).

ومع أن كل الناس يحتاجون إلى النوم، فإن بعضهم يحتاج إليه أكثر من البعض الآخر، وساعات النوم التي يحتاج إليها الطفل أطول من تلك التي يحتاج إليها الشخص الأكبر سناً، لكن مهما يكن العمر فإن الإنسان قد يحتاج إلى نوم أكثر أو أقل مما يحتاج إليه أقرانه. (بطرس حافظ: 2008، 319).

وقد اختلف الكثيرون في تفسير أسباب النوم: فاعتقد البعض أن الإنسان يظل يقظاً بسبب المنبهات الخارجية، وأن النوم يحدث بسبب قلة هذه المنبهات تحت درجة معينة بحيث يصبح الإنسان بعدها أكثر استعداداً للنوم، وذهب آخرون إلى أن التكوين الشبكي في المخ الأوسط هو الذي يحفظ الإنسان متيقظاً فإذا ما عكف عن عمله يبدأ الإنسان في النعاس بسبب البعد عن الضوضاء والرتابة والهدوء الذي يساعد على كف مركز اليقظة عن العمل وأنه يستيقظ في حالة وجود منبه ما (خارجي أو داخلي) ينتقل عبر المسارات العصبية الصاعدة حتى يصل إلى التكوين الشبكي فيستيقظ الإنسان على الفور. (أحمد عكاشة: 1993، 248- 249).

تعريف النوم

هو حالة متكررة من انعدام الفعالية أو السبات، تقترن بفقدان الوعي المؤقت وانخفاض الوعي المؤقت وانخفاض مستوى الشعور بالمؤثرات المحيطة، وهو حالة استقرارية سكونية، والنوم يختلف عن فقدان الوعي المطلق بسبب المخدر أو المرض، وذلك في سهولة عودة النائم إلى مستوى اليقظة بمجرد إفاقته من نومه أو إيقاظه، كما أن النوم يتيح للجسم فرصة تنظيم واستعادة النشاط الداخلي، وتعبئة الطاقة لممارسة الحياة اليومية، فهو ضرورة لحفظ التوازن الحياتي، نظراً لأنه عملية فسيولوجية كيميائية نفسية تعيد للكائن البشري توازنه الفسيولوجي. (زكريا الشربيني: 2002 – 117).

وظائف النوم

للنوم وظائف عدة لها أهمية في استعادة النشاط والوعي، ويساعد على الاحتفاظ بالاتزان الداخلي Homeostasis ويبدو أن له أهمية كبيرة في تنظيم درجة الحرارة السوية والاحتفاظ بالطاقة ودلت البحوث على أن الحرمان من النوم لفترات طويلة يؤدي أحياناً إلى تفكك الأنا والهلاوس والضلالات، وقد أدى الحرمان من النوم إلى الوفاة لدى فئران

للتجارب والحرمان المزمن من النوم حالة مضايقة ومزعجة وذات آثار معاكسة على المزاج والتركيز والذاكرة والصحة العامة، كما يترتب على الحرمان الشديد من النوم لدى الآدميين اضطراب السلوك وتدهور الوعي أو اختلال الشعور بذواتنا وبمن حولنا وبما حولنا. (أحمد عبد الخالق، 2001: 4).

والنوم يقوم بأهم الوظائف الحيوية قاطبة، فهو المأوى للبدن والنفس البشرية من كل الصراعات النهارية والإجهاد الحادث نتيجة الحياة اليومية ففي حالة النوم يتغير النبض الإيقاعي للجهاز العصبي، وتبدأ آليات خاصة بالعمل، وكأن الإنسان يدخل إلى ورشة لإصلاح ما أفسده نشاط النهار كما أن النوم يعيد ترتيب الأوضاع الهرمونية والعصبية وتجديد دورانها لتكون مستعدة للعمل والنشاط اليومي.

وللنوم وظيفة بيولوجية لدى الإنسان والحيوان، مثله في ذلك مثل المشي والأكل والتنفس، ويرتبط النوم بتغييرات فسيولوجية شتى منها التنفس، ووظيفة القلب، ونشاط العضلات، ودرجة الحرارة وإفراز الهرمونات، وضغط الدم. (عبد الله عسكر: 1998: 122).

العدد المثالي لساعات النوم

حاجة الشخص إلى النوم تختلف باختلاف العمر والجنس والوقت والنهار، والوقت من السنة، والحالة الجسمية، والحالة الصحية، وغير ذلك من العوامل بحيث لا يمكن القول بأن هناك قدراً مناسباً من النوم لكل البشر، فبينما يجد البعض أن أربع ساعات من النوم في الليلة كافية للشعور بالراحة واليقظة يحتاج آخرون إلى 12 ساعة من النوم في الليلة الواحدة ليتولد عندهم الشعور ذاته ومن الثابت علمياً أن اضطراب النوم قد يؤدي في النهاية إلى اضطرابات جسمية ويؤدي إلى الوفاة المبكرة، ومن خلال الدراسات التي أجريت على مراحل عمرية مختلفة تم التوصل إلى وجود متوسط لأوقات النوم لدى مجموعة عمرية مختلفة (Lindsay and Joharshai; 1994) وسيوضح الجدول التالي المتوسط التقريبي لأوقات النوم خلال 24 ساعة لدى مجموعات عمرية مختلفة.

ساعات النوم	العمر الزمني
16.5	أسبوع
15.5	شهر
15	ثلاثة أشهر
14.15	ست شهور
13.45	سنة
13	سنتان
11	5 سنوات
9.45	10 سنوات
8.30	16 سنة

اضطرابات النوم

اضطراب نوم الطفل يعتبر مصدراً للقلق والانزعاج؛ وقد يجعل الأم منزعجة من الطفل وربما العائلة بأسرها، وقد يؤدي بهم إلى استخدام التفريغ أو اللوم وأحياناً العقاب أو استخدام القسوة مع الطفل. (زكريا الشربيني : 2002، 119).

الناس المصابون باضطرابات النوم هم ذلك الصنف من الناس ذوي الحساسية الخاصة للتغييرات التي تطرأ على نومهم،أو قد يكونون أشد تأثراً بالحرمان من النوم، وأنهم يستجيبون لذلك استجابة أكثر سلبية مما يفعل الآخرون، كما أن وظائف الجسم عند هؤلاء الناس تظل نشطة عاملة حتى بعد أن يستسلموا إلى النعاس. (بوريلي: 1992، 125).

ويقصد باضطرابات النوم الصعوبات والمعوقات التي تؤدي إلى قلة النوم عند الأطفال أو إلى سوء نظامه – أو إليهما معاً.. وهي إما أن تظهر في بداية النوم أو في أثنائه. (محمد عودة، كمال مرسي: 1986، 309).

مشاكل النوم عند الأطفال

يرجع الكثير من مشاكل النوم عند الأطفال إلى عادات نوم غير منتظمة أو للقلق بشأن الذهاب للنوم أو الاستغراق فيه. وقد تكون مشاكل النوم المتواصل أعراضاً لصعوبات عاطفية مثل قلق الانفصال التي تمثل علامة نمو بالنسبة لكل الأطفال الصغار حيث يكون وقت النوم هو وقت الانفصال، ويلجأ بعض الأطفال إلى بذل كل جهده للحيلولة دون

الانفصال عن الأهل عند مجيء وقت النوم، وغالباً ما يكتشف الآباء أن التغذية تساعد الطفل الصغير على النوم، لكن مع نمو الطفل وتركه لمرحلة الرضاعة: وينبغي على الوالدين تشجيع الطفل على النوم بدون اللجوء إلى إطعامه وإلا سيتعرض إلى مشاكل عند مجيء أوقات النوم.

ويعاني الكثير من الأطفال من مشاكل في النوم وتشمل الأمثلة ما يلي:

1. الاستيقاظ المستمر أثناء الليل.
2. الكلام أثناء النوم.
3. صعوبة الاستغراق في النوم.
4. الاستغراق في النوم أثناء النهار.
5. الكوابيس.
6. الاستيقاظ من النوم باكياً.
7. التبول أثناء النوم.
8. جز الأسنان والإمساك عليها بإحكام.
9. الاستيقاظ مبكراً. (بطرس حافظ، 2008، 320: 321).

أسباب اضطرابات النوم

1. أسباب جسمية (المرض الجسمي – الجوع – الشبع الزائد – بلل الفراش– برودة – ارتفاع حرارة حجرة النوم).
2. أسباب نفسية (تخويف الطفل كي ينام – قص القصص المخيفة للطفل – عدم تعود الطفل على النوم مبكراً بمفرده).
3. أخطاء الوالدين في التنشئة:

– التدليل الزائد، حيث إنه يجعل الطفل يتعلق بالأم ولا يستطيع البعد عنها. وهذا يجعل النوم خبرة مؤلمة لأنه يحرمه من أمه ويفصله عنها ويجعله وحيداً.

– القسوة والعقاب البدني.

– الخلافات الأسرية المزمنة والتهديد بالانفصال بين الوالدين.

– فقدان أحد الآباء.

4. عدم القدرة على تنظيم مواعيد النوم واليقظة (بسبب مشاهدة التليفزيون -الأمراض المزمنة مثلا).
5. تناول كميات كبيرة من الأكل أو الشيكولاتة قبل النوم (تحتوي الشيكولاته على الكافيين الذي يعيق الاسترخاء).
6. الأسباب البيئية (الضوضاء الخارجية، تغيير مكان النوم) .
7. مشاهدة الأفلام المزعجة أو المرعبة قبل النوم.
8. تناول القهوة أو الشاي قبل النوم.
9. التمرينات الرياضية قبل النوم.
10. القلق المزمن والاكتئاب.
11. القلق من عدم اللحاق بأتوبيس المدرسة.
12. تغيير مواعيد العمل.
13. النوم الزائد خلال اليوم.
14. الأمراض الصحية المزمنة.
15. تكرار الحاجة إلى الذهاب إلى دورة المياه (الإصابة بالسكر مثلاً).

(مجدي الدسوقي : 2006) (Lindsay & Jahamsbahi 1994, 590).

تشخيص اضطرابات النوم

صنف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSMIV اضطرابات النوم في مجموعات:

1. عسر النوم: ويشمل الأرق، الإفراط في النوم، الخوار، اضطراب التنفس أثناء النوم، اضطراب إيقاع النوم الدائري، عسر النوم غير المصنف في مكان آخر.
2. شذوذ النوم: ويشمل : اضطراب الكابوس الليلي، اضطراب فزع النوم، المشي أثناء النوم، وشذوذ النوم غير المصنف في مكان آخر.

اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب عقلي آخر وتشمل:

1. الأرق المرتبط بالاضطرابات الإكلينيكية، أو اضطرابات شخصية.
2. الإفراط في النوم المرتبط بالاضطرابات الإكلينيكية أو اضطرابات الشخصية.

3. اضطرابات أخرى للنوم وتتضمن:
- اضطراب النوم الراجع إلى ظروف طبية.
- اضطراب النوم الناتج عن استخدام العقاقير.

أنواع اضطرابات النوم

1. اضطراب الكابوس الليلي Night mar Disorder

هي أحلام مزعجة مروعة يتبعها استيقاظ كامل للطفل وعادة ما تحدث في النصف الثاني من الليل حيث تشتد هذه الأحلام، وبعد انتهاء الكابوس يستيقظ الطفل من نومه ويخبرك عن ما حدث، وقد يبكي ويكون خائفاً مرعوباً، ولكنه يحس بوجودك ويطمئن إليك، وقد يكون مصحوباً بصعوبة النوم مرة أخرى لتذكره الكابوس. (بطرس حافظ: 2008).

وهو حلم مزعج مخيف مرعب يراه الطفل أثناء نومه، يؤدي إلى الإزعاج الشديد مع اليقظة وانقطاع استمرار النوم في اللحظة التي يبلغ فيها الخوف قمته ويبلغ الانفعال والهلع ذروته، وقد يصرخ أو يستنجد طالباً للخلاص (زكريا الشربيني: 2002: 122).

وقد أورد DAMIV المحكات التشخيصية التالية للكابوس الليلي:

أ. استيقاظ متكرر في فترة النوم الرئيسية أو السبات أو القيلولة Naps مع استعادة مفصلة لأحلام مخيفة ممتدة ومتطرفة – عادة ما تتضمن تهديدات للبقاء أو الأمان أو تقدير الذات ويحدث الاستيقاظ بصفة عامة أثناء النصف الثاني من فترة النوم.

ب. في الاستيقاظ من الحلم المزعج فإن الفرد يصبح متنبهاً ومتوهجاً بسرعة.

ج. تؤدي خبرة الحلم إلى صعوبة النوم والاستيقاظ وإحداث ألم إكلينيكي واضح أو فساد النواحي الاجتماعية أو المهنية أو أية مجالات وظيفية هامة أخرى.

د. لا تحدث أحلام النوم المزعجة بصورة منفردة أثناء وجود اضطراب عقلي آخر (مثل: الاهتياج delirium اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Posttraumatic stress Disorder ولا ترجع الأحلام المزعجة إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لاستقبال المواد(كإدمان العقاقير-أو تعاطي العقاقير الدوائية)، ولا ترجع إلى أية ظروف طبية عامة.

2. اضطراب فزع النوم Sleep terror disorder

صعوبة شائعة عند الأطفال الصغار في سن ما قبل المدرسة والسن المدرسي وتختفي بعد البلوغ ومن أعراضه استيقاظ الطفل خائفاً مذعوراً بسبب حلم مزعج مرعب فيجلس

في سريره صارخاً باكياً في فزع شديد أو واقفاً أو مسرعاً نحو الأم أو الأب أو غيرهما، ويكون صاحب الوجه يتنفس بنهجان وتسرع دقات القلب ويتصبب عرقاً، وقد تنتابه الهلاوس البصرية أو السمعية عن وجود حيوان مفترس أو شخص مخيف أو أشباح تطارده في الحجرة، ويكون الطفل مشوش الفكر غير واع بمن حوله، ويكون من الصعب إيقاظه أو تهدئته ويستمر في فزعه أو ذعره بعض الوقت، ولا يستجيب لمن حوله في طمئنته وبعد فترة تستمر من 15 – 30 دقيقة يعود الطفل إلى نوم طبيعي عميق، ولكنه يستيقظ في الصباح لا يتذكر شيئاً مما حدث بالليل. (حسن مصطفى عبد المعطي، 2003: 128).

ولقد أورد DSMIV المعايير التشخيصية للفزع الليلي على النحو التالي:

أ. وقائع متكررة من الاستيقاظ المفاجئ abrupt من النوم الذي يحدث عادة أثناء الثلث الأول للوقائع الرئيسية للنوم ويبدأ بصراخ مذعور panicky scream.

ب. خوف حاد وعلامات من النهوض التلقائي المصحوب بإسراع دقات القلب tachycardia، وسرعة التنفس، وتصبب العرق Sweating.

ج. انعدام الاستجابة النسبية لمجهودات الآخرين لتهدئة الطفل.

د. لا يستطيع الطفل استدعاء أية تفصيلات للحلم، ويفقد الذاكرة amnesia للواقعة تماماً.

هـ. تحدث الواقعة ألماً إكلينيكياً واضحاً أو فساداً في النواحي الاجتماعية أو المهنية أو أية مجالات وظيفية هامة أخرى.

و. لا يرجع الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لاستعمال المواد كإدمان العقاقير أو تعاطي العقاقير الدوائية، ولا يرجع إلى أية ظروف طبية عامة.

3. اضطراب المشي أثناء النوم Sleep walking Disorder

وهو من اضطرابات النوم التي يمشي فيها الفرد أثناء نومه، بعد ترك الفراش متجولاً في أنحاء المكان، أو ارتداء الملابس وفتح الأبواب، أو الجلوس مع الجالسين وهو صامت ومشوش الوعي، وإن كانت عيناه مفتوحتين، وأحياناً يجيب على بعض الأسئلة بكلمة أو جملة مختصرة، وعدم انتباه، وإذا أعيد إلى الفراش قام بيسر ونام في هدوء.

وتبلغ نسبة انتشاره 10 – 30٪ من الأطفال الذين حدثت لهم نوبة واحدة على الأقل في سن ما قبل مرحلة المراهقة بداية من عمر بعد سن المشي، وهذا الاضطراب حميد ويختفي في سن المراهقة ولا سيما حوالي سن 15سنة. (بطرس حافظ، 2008، 325).

المشي أثناء النوم ليس حلماً أو جانباً من حلم لأن الأطفال عندما يستيقظون من نوبة المشي لا يمكنهم تذكر أو استعادة أي حلم مر بهم ويرى البعض أن المشي أثناء النوم قد يكون نقيضاً للأحلام فهو محاولة في النوم لإخراج محتويات الحلم إلى حيز الفعل لأن المصاب به قد يكون قريباً من حالة الإيقاظ وأن بدأ مشوش الوعي.

وعادة يمشي الطفل بعد أن ينام فترة من ساعة إلى ثلاث ساعات، وقد ينتهي النوم بعد دقائق قليلة ويعود إلى النوم وأحياناً تستمر الحالة نصف ساعة أو أكثر يقوم الطفل خلالها ببعض الأعمال المفيدة أو المخربة أو عديمة الجدوى وهو لا يدري بما يحدث.

وفي بعض الأحيان يتحدث ويناقش وقد يجيب عن الأسئلة باقتضاب لكنه غير واع تماماً لما يدور حوله فإذا أعادته الأم إلى فراشه نام وأكمل نومه دون أن ينفعل أو يمانع في ذلك، ولا يتذكر فيما بعد عندما يستيقظ شيئاً مما حدث (محمد عودة، كمال مرسي: 1986).

لقد كان الشائع بين الناس أن إيقاظ هؤلاء المرضى خطأ لأن الطفل إذا أوقظ يفزع ويضطرب ولا يعرف أين هو، ويعتقد أنه ما زال في فراشه، ولكن هذا غير صحيح لأن الطفل أثناء المشي وهو نائم يكون عرضة لأن يؤذي نفسه لضعف تآزره الحركي ولذلك ينصح بإيقاظه إذا كان عرضة للخطر.

ولقد أورد DSMIV المحكات التشخيصية التالية لاضطراب المشي أثناء النوم:

أ. وقائع متكررة للنهوض من الفراش أثناء النوم والمشي، وتحدث عادة أثناء الثلث الأول من واقعة النوم الرئيسية.

ب. خلال المشي أثناء النوم فإن الشخص يكون في حالة فزع فكري وكأنه مربوط بوتد، مع انعدام الاستجابة النسبية لمجهودات الآخرين للتواصل معه، ويمكن إيقاظه بصعوبة كبيرة.

ج. في اليقظة بعد أية واقعة مشي أثناء النوم، أو في صباح اليوم التالي لا يتذكر الفرد أي شيء مما حدث.

د. خلال عدة دقائق من الاستيقاظ من واقعة المشي أثناء النوم لا يوجد أي تشوش أو فساد في الوظائف أو الأنشطة العقلية أو السلوك (على الرغم من وجود فترة قصيرة من الارتباك وعدم التوجيه).

ه. المشي أثناء النوم يسبب اضطراباً إكلينيكياً واضحاً، أو فساداً في النواحي الاجتماعية أو المهنية، أو المجالات الوظيفية الأخرى.

و. لا ترجع الصعوبة إلى التأثيرات الفسيولوجية مباشرة لاستخدام المواد كإدمان العقاقير، أو استعمال العقاقير الطبية ولا تكون جزءاً من أية ظروف طبية أخرى.

4. الإفراط في النوم Hypersomnia

وهي حالة من الاستغراق في النوم لفترات طويلة، حيث تزداد ساعات النوم، وقد تكون كثرة النوم تعبيراً عن صراع نفسي أو هروباً من واقع معين، كذلك قد تكون تعبيراً عن حالة من الاكتئاب والقلق كما في بعض الأمراض العصبية وفي هذه الحالة يكون النوم نوعاً من أنواع النكوص بعيداً عن آلام الحياة الخارجية وقد يحدث أحياناً انقلاب في مواعيد النوم، فينام الفرد نوماً عميقاً في الصباح الباكر ويصحو بعد الظهر ويكون في أحسن حالات التنبه عندما يأوي الناس إلى فراشهم في المساء ولا يغيب عنا أن كثرة النوم قد تكون عرضاً من الأعراض العامة مثل فقد الدم، نقص الفيتامينات، الحمى المخية، الالتهاب السحائي، هبوط مستوى أداء الكلية والكبد وغير ذلك من الأمراض. (محمد جميل منصور،1984: 62)

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي DSMIV إلى المحكات التشخيصية التالية للإفراط في النوم:

أ. الشكوى من النوم المفرط لمدة شهر.

ب. يسبب الاضطراب خللاً في الأداء الدراسي أو المهني أو الاجتماعي.

ج. لا يحدث الاضطراب نتيجة للأرق أو لاضطرابات النوم الأخرى.

د. لا يحدث الإفراط في النوم بسبب الأمراض النفسية الأخرى.

ه. لا يعود الإفراط في النوم للتأثيرات الفسيولوجية للعقاقير الطبية أو الإدمان عليها.

5. الغشية والنوم النهاري (الخدر) Narcolepsy

هو رغبة لا يمكن التحكم فيها في الدخول في النوم سواء أكان الشخص جالساً في مكتبه أم يقود سيارته أو يحادث شخصاً آخر، فعلى سبيل المثال إذا نام طالب أثناء المحاضرة فهذا أمر طبيعي أما إذا نام الأستاذ أثناء المحاضرة فهذا هو الخدر Narcolepsy وعادة ما يحدث النوم لفترة قصيرة جداً وفي دراسة على عدد ممن يعانون من الخدر وجد أنهم غالباً ما يقومون بمسالك آلية سرعان ما ينسون قيامهم بها.

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي DSMIV إلى المحكات التشخيصية للخدر:

أ. نوبات من الغشية تحدث يومياً لأكثر من ثلاثة شهور.

ب. ظهور عرض واحد أو جميع مما يلي:

- فقدان القوى العضلية المفاجئ.
- انقلاب بين النوم واليقظة التامة.
- لا تعود الغشية (الخدر) إلى التأثيرات الفسيولوجية للعقاقير الطبية أو الإدمان بها.

6. شلل النوم Sleep paralysis

وهو عدم استطاعة الحراك وثقل الجسم الشديد الذي يمنع الإتيان بحركة إرادية للطفل النائم فيفيق من النوم فجأة، وبالرغم من استعادته وعيه، يبدو غير متمكن من أقل حركة. (زكريا الشربيني: 2002، 125).

وتفسر هذه الحالة بأنها انقلاب في النوم بحيث يحدث تحول سريع من النوم العميق إلى النوم الخفيف أو العكس... وقد يحلم الشخص بأنه مقيد لا يستطيع الحركة أو الجري وسرعان ما يوضع حد للحالة بمجرد لمس النائم أو النداء عليه، ويستعيد القدرة على الحركة بعد الاستيقاظ وانتهاء النوبة (سامي عبد القوي: 1995، 279).

7. الكلام أثناء النوم Sleep speech

ترديد الطفل مجموعة من الكلمات أو الجمل المفيدة أو غير المفيدة أو الغناء أو إلقاء نشيد أو النداء لإعادة شيء، أو تحقيق رغبة، وقد يردد ذلك بانفعال أو نبرة تأثير، وربما يكون الكلام بصراخ أو استنجاد أو عتاب أو تهديد أو فرحة أو ضحك، وعادة يكون الكلام أثناء النوم بكلمات قليلة لا يمكن تمييزها، وتحدث في الفترة العمرية بعد سنتين.

8. هلاوس النوم Hypnagonic Hallucination

وهي حالة تحدث للأسوياء، ويرى فيها الفرد قبل النوم مباشرة أو بعده مباشرة صوراً وهمية كالتي ترى في الأحلام أو يسمع أصواتاً أو ربما يحس إحساسات نفسية وهذه الحالات طبيعية رغم ندرتها وقد وجد أن الفرد يكون في حالة من النوم النقيض Paradoxical sleep أو النوم السريع الذي يسمى أحياناً النوم الحالم والنوم غير المتزامن وهو الذي يتميز بحركات العين السريعة وتحدث أثناء الأحلام (أحمد عكاشة: 1993).

9. الخداد (صرع النوم)

نوبات نوم عميقة قصيرة مع توتر العضلات أثناء الإثارة العاطفية، وأحياناً يصاحبها نوبات من الشلل والهلاوس أثناء الدخول في النوم أو اليقظة والتفسير الفرضي لهذا الاضطراب أن بعض أحداث النوم النقيض تتداخل في أوقات غير مناسبة.

10. الأرق Insomnia

يشبه الأرق الرقاد المصحوب بالتغلب وكثرة الحركة، وهو حالة يتعذر فيها على الطفل النوم في صورة من ثلاث:

أ. صعوبة بدء النوم.

ب. الصعوبة في الاستغراق أو الاستمرار في النوم.

ج. الاستيقاظ واليقظة المبكرة. (زكريا الشربيني: 2002، 120).

وما يمكن اعتباره لطفل ما كمية كافية من النوم سوف تختلف طبعاً، تبعاً لعمر الطفل وحاجاته الفردية، ومعدل كمية النوم اللازمة في الأعمار المختلفة تتناقص من 13 ساعة كل ليلة في عمر سنتين إلى 11 ساعة في عمر 6-8 سنوات و10 ساعات في عمر 10- 12 سنة و9 ساعات في عمر 16 -18 سنة.

ويذهب معظم الأطفال إلى النوم ما بين الساعة 7-9 مساء (10٪ فقط يذهبون إلى النوم بعد ذلك) وكقاعدة عامة، يكون الفرد قد حصل على كمية كافية من النوم إذا لم يشعر بنعاس في النهار، أو بانزعاج، أو تعب أو تدهور في الأداء وعلى العموم يحصل الطفل إذا كان سعيداً وبصحة جيدة ومرتاحاً على كمية كافية من النوم، والأرق اضطراب غير نادر في مرحلة الطفولة، وخاصة عن المراهقين. فقد وجد من خلال دراسة مسحية حديثة لطلاب المدارس الثانوية أن 12٪ يشتكون من اضطرابات نوم مزمنة وحادة، في حين يشكو 37٪ منهم وجود اضطرابات نوم خفيفة ووقتية وهذه الأرقام مشابهة للأرقام التي ذكرت في دراسات أخرى حول المراهقين وصغار الراشدين أما الراشدين الكبار فإن 15 - 30٪ منهم يشتكون من أرق مزمن (شارلز شيفر وهوارد ميلمان 1989: 25).

أسباب الأرق

1. نتيجة الرغبات المكبوتة للطفل.
2. الشعور بالذنب أو الخوف من الوقوع في الخطأ.
3. مضايقة الطفل من زملائه في المدرسة أو الروضة.
4. تغيير مكان النوم.
5. ضغوط نفسية أو إرهاق جسدي أو توتر.
6. الحرمان من الأم أو المشكلات الأسرية.

وقد أورد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية أهم المحكات التشخيصية للأرق:

1. الشكوى المنتشرة من صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه، وعند اليقظة عدم القدرة على استعادة النوم وتستمر لمدة شهر على الأقل.
2. تسبب اضطرابات النوم الناتجة من الارق في خلل في الوظائف الاجتماعية والمهنية والدراسية.
3. لا تحدث الاضطرابات بصورة منفردة أثناء وجود اضطراب عقلي أو اكتئاب او قلق.
4. لا يرجع الاضطراب إلى التأثيرات الخاصة باستعمال العقاقير كتعاطي مواد إدمانية أو العلاج الطبي.

التشخيص الأرق

يجب لتشخيص الأرق مراعاة ما يلي:

1. استبعاد وجود مرض عضوي وآلامه المصاحبة مثل: الاضطرابات المعوية، صعوبة التنفس ارتفاع درجة الحرارة، أو آلام جسمية متنوعة (أحمد عكاشة: 1980، 376).
2. ألا يكون الأرق عرضاص من أعراض الأمراض النفسية والعقلية: كالقلق، والاكتئاب التفاعلي أو الذهاني أو غيرهما: (أحمد عكاشة: 1993، 252).

علاج الأرق

1. تعليم الطفل الاسترخاء الحركي والعضلي والعقلي كأن تعلم الطفل شد عضلاته وإرخائها عدة مرات (عضلي) أو مساعدة الطفل على تخيل منظر مبهج.
2. تعليم الأطفال مهارات حل المشكلات.
3. مناقشة الأفكار اللاعقلانية لدى الطفل خاصة الأفكار المحبطة والهازمة للذات والتي تقلل من نظرة الطفل الإيجابية لذاته.
4. العلاج الطبي: ويتم اللجوء له بعد استنفاد كل الطرق الأخرى حيث يتم إعطاء العقاقير المنومة في حالة الضرورة القصوى، لأن المنومات تؤدي إلى الاعتماد الجسمي والنفسي بعد فترة بسيطة.

علاج اضطرابات النوم

1. إن تأخر النوم بالنسبة للطفل يحدث عنده توترات عصبية وخاصة عندما يستيقظ للمدرسة ولم يأخذ كفايته من النوم، مما قد يؤدي إلى عدم التركيز في الفصل أو النوم فيه.
2. إن بعض الأسر تحدد مواعيد ثابتة لا تتغير مهما تكن الأسباب فالطفل حدد له موعد الثامنة ليلاً، ولذلك يجب عليه أن يلتزم به مهما تكن الظروف، وهذا خطأ لأن الطفل لو كان يستمتع باللعب ثم أجبر على النوم فإن ذلك ضطهاد له وعدم احترام لشخصيته وكذلك فإن الطفل ينام متوتراً مما ينعكس ذلك على نومه من الأحلام المزعجة وعدم الارتياح في النوم.
3. بعض الآباء ينتهج أسلوب التخويف وبث الرعب في نفس الطفل لكي ينام، وهذا أكبر خطأ يقع فيه الآباء.
4. بعض الأمهات قد تقص على ابنها حكايات قد تكون مخيفة وبالتالي تنعكس آثارها السلبية على الطفل في نومه على شكل أحلام مزعجة مما يؤثر على استقرار الطفل في النوم.
5. غلق الغرفة على الطفل عند الذهاب إلى النوم والظلام دامس يزرع الخوف في نفس الطفل كما يسبب عدم الاستقرار والاضطراب في النوم (بطرس حافظ: 2008، 322؛ 323).
6. اجعل لطفلك غرفة مستقلة كلما أمكن ذلك لتجنبه الأمور التي تجذب انتباهه كوجود أخ أكبر أو أصغر منه يشجعه على اللعب والتأخر عن النوم.
7. ساعد الطفل على تناول كوب من اللبن الدافئ قبل الذهاب إلى الفراش بفترة فهذا قد يساعد على النوم الجيد، لأن اللبن يحتوي على بعض الأحماض الأمينية التي تساعد على إفراز هرمون الملاتونين، وهرمون السيروتونين وهي من المواد الكيميائية التي تفرز بالمخ وتزيد من النوم وتحسن فاعليته.
8. عدم تناول الطفل المنبهات والمشروبات التي تحتوي على الكافيين كالشاي والقهوة والكولا ليلاً.
9. أن تكون غرفة النوم مريحة بعيدة عن مصادر الضوء الشديد والضجيج وأن درجة حرارتها مقبولة لأنه من المعروف أن درجة الحرارة المنخفضة أو المرتفعة تؤثر سلباً على نوعية النوم (مجدي الدسوقي : 2006، 243).

اضطرابات الأكل Eating Disorders

يمثل الغذاء بالنسبة للطفل أحد الحاجات البيولوجية الأساسية التي تحافظ على وجوده واستمراره في الحياة وهو من أهم العوامل التي تؤثر على صحة الطفل الجسمية والتعليمية والنفسية وبخاصة في السنوات الأولى من عمره. (Maslow, 1970).

وتمثل اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه، وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ زمن بعيد، وقديماً كانت تصنف اضطرابات الأكل ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية إلى أن صدر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث، وأعقبه الدليل الرابع DSM4 لعام 1994 ووضع هذه الفئة من الاضطرابات منفصلة تحت عنوان اضطرابات الأكل، وهذه الاضطرابات تتميز باختلال كبير في سلوك تناول الطعام. (زينب شقير، 2002، 3).

ويخبر جلفاند وآخرون (Gelfand & et al) أن الوالدين في كل أنحاء العالم تقريباً ما يشتكون من سلوك الأكل لدى أطفالهم؛ فهم يشتكون أن الأبناء لا يأكلون بشكل كاف، أو أنهم لا يأكلون الطعام المناسب أو أنهم لا يأكلون في الوقت أو المكان المناسبين.

ويلاحظ في كثير من الدراسات أن عجز الطفل عن الحصول على ما يكفيه من السعرات الحرارية يؤدي إلى تناقص في نشاطه، وفي حالات الحرمان الشديد أو المجاعات يصاب الأطفال بالتبلد وانخفاض النشاط، ولا يقتصر الأمر على كمية الطعام التي يتناولها الفرد، فقد لوحظ أن الحرمان من كمية الغذاء المناسبة ومن نوع الطعام الملائم يجعل التعليم غير مثمر، كما لوحظ أن منح التلاميذ وجبات غذائية تحتوي على العناصر الغذائية إلى جانب الفيتامينات الهامة تؤدي إلى تحسن واضح في الصحة العامة وزيادة النشاط والقدرة على التركيز وبمعنى آخر فإن التغذية السليمة تؤدي إلى زيادة القدرة على تعلم أعمال بدنية وعقلية. (محمد جميل منصور، 1984، 16).

ومن الثابت علمياً أن الحياة الانفعالية للطفل لها أثر ضار على عملية الهضم، فالأكل المرتبط بالخوف والغضب والثورة والعناد يعطل ويقلل من فاعلية عملية الهضم مما يضر بنمو الطفل وصحته العامة، وأن التمثيل الغذائي يحتاج إلى جو نفسي هادئ وحالة نفسية غير مضطربة، كما أن الانفعالات الضارة بل حتى انفعال الفرح يؤدي في الغالب إلى ضعف الشهية عند الطفل، والآباء المرضى بالقلق النفسي يقلقون كثيراً على صحة أبنائهم ويعتبرون كثرة الأكل دليلاً على صحة الطفل، بل يدفعون الطفل إلى الأكل لدرجة قد تصل به

للتخمة، وذلك كوسيلة من وسائل إنقاص توتر الآباء المرضى بالقلق النفسي. (ملاك جرجس: 1993: 8 – 9).

تعريف اضطرابات الأكل Eating Disorders

هو اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد والذي قد تصحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم. (زينب شقير: 2002، 31).

تشخيص اضطرابات الأكل

من أهم المحكات التشخيصية لاضطرابات الأكل لدى الأطفال وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (1994):

1. الفشل المستمر في تناول الطعام بدرجة كافية مع خفض واضح في نمو الوزن أو فقدان في الوزن لمدة شهر على الأقل.
2. لا يعود الاضطراب إلى أسباب مرتبطة باضطرابات عضوية أو معوية أو أي حالات مرضية جسمية أخرى.
3. لا يعود الاضطراب في التغذية إلى اضطراب نفسي (القلق أو الاكتئاب) أو عدم توفر الغذاء.
4. يحدث الاضطراب قبل سن السادسة، كما أن المحكات التشخيصية لاضطرابات التغذية في الطفولة طبقاً للتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD10 تتمثل في:
   أ. فشل الطفل في تناول الطعام بدرجة كافية أو الاجترار المستمر للطعام.
   ب. فشل الطفل في المحافظة على وزنه.
   ج. أن يكون الاضطراب في التغذية قبل ست سنوات.
   د. عدم وجود أمراض نفسية أو سلوكية أو أمراض عضوية لدى الطفل.

مشكلات الأكل لدى الأطفال

أولاً: مشكلة الرضاعة

المقصود بالرضاعة هي عملية مص الطفل لثدي أمه، حيث إن شخصية الطفل تتشكل من خلال العلاقة بين الطفل وأمه أثناء الرضاعة، وما يحدث خلالها من انفعالات وحنان وعطف، ويؤثر على رؤية الطفل لمن حوله وبيئته ومجتمعه.

إلا أنه من الثابت علمياً أن الحالة الانفعالية للطفل تؤثر على عملية مضغه للغذاء، ولذلك فإن عملية الرضاعة وما يرتبط بها من مشاعر الحب والارتياح، تساعد على توثيق العلاقة بين الأم وطفلها، مما يزيد من مشاعر الحب والدفء والأمن نحوها، ثم تعمم هذه المشاعر إلى الآخرين، ويبدأ الطفل حياة سليمة، تفضي به إلى حسن التوافق الانفعالي والاجتماعي في المستقبل. (محمد شعلان 1977 :39، 41).

وتشكل الرضاعة أهم خبرات الطفل التي تؤثر على البناء النفسي له نتيجة الاتصال المباشر بين الطفل والأم، فالطفل لا يحصل على خبراته المريحة من الأم كمصدر للطعام فقط، بل أيضاً كمصدر للتعلق عن طريق التلامس الجسدي والاحتضان، وكمصدر للاستثارة الاجتماعية عن طريق المداعبة، وكمصدر للدفء العاطفي عن طريق الانتباه والاهتمام – حتى لو كانت التغذية صناعية فإن فترة الرضاعة ينبغي أن تكون فترة استرخاء وهدوء واحتضان حان وفترة يرضع فيها الطفل من أمه الحب والحنان والدفء العاطفي والبشاشة والتقبل وليس لمجرد اللبن. (محمد عماد الدين إسماعيل : 1989، 325).

إن الرضاعة هي أساس حياة الطفل ووسيلة اتصاله بأمه، وهذه العملية لا تشبع جوع الطفل فحسب بل إنها تشبع رغبته في حب الأم حيث إن الطفل يتلقى رسالة حب إنسانية من عين الأم أثناء الرضاعة، فالأم التي تبدي اهتماماً بالطفل أثناء الرضاعة وتلاعبه وتحادثه وتهزه وتغني له يشعر بأهميته وقيمته مما يمهد لبناء الثقة بالنفس.

ويخلص(بوبلي) إلى أن الطفل أثناء الرضاعة لا يرضع لبناً فحسب ولكنه يرضع لبناً ممتزجاً بحب الأم مما يؤدي الى الصحة الجسمية (اللبن) والنفسية (الحب) لدى الطفل، ويميل أساساً للشخصية السوية القادرة على مواجهة الضغوط والمشكلات لأن لديها الشعور بالثقة الأساسية. (ممدوحة سلامة: 1991).

ومن ثم تؤكد مدارس علم النفس المختلفة على أهمية الرضاعة في تشكيل شخصية الطفل في المستقبل.

ففي نظرية التحليل النفسي

يطلق فرويد على هذه المرحلة الفمية – حيث يتلقى الطفل الغذاء والحب عن طريق فمه الذي يعتبر المركز الأساسي الذي تدور حوله انفعالاته واتجاهاته الأولى نحو الحياة، فأما أن يحصل بوفرة – فيشعر براحة واطمئنان، أو يحصل بتحقير ويشعر بالضيق وعدم الاستقرار، يحصل بانتظام أو دون انتظام، مرة بكثرة ومرة يكاد يموت جوعاً.

ويرى أصحاب المدرسة السلوكية

أن شخصية الطفل تتشكل في ضوء عملية الرضاعة، ويؤكدون على الأضرار المرتبطة بمواقف التغذية المؤلمة ومن ذلك:

أ. أن الرضيع الذي يترك حتى ينهار من كثرة البكاء يشعر بعجزه عن التأثير في بيئته فكيف عن الانفعال ويصبح شخصاً جامداً لا شعور له.

ب. والرضيع الذي يترك في المكان الهادئ وهو يعاني آلام الجوع يربط هذه التجربة المؤلمة بالجوع فيخاف منها ويحاول مقاومة السكون عن طريق القيام بالجلبة والضوضاء التي تثير غضب الوالدين وعقابهما.

ج. والرضيع الذي يترك في مكان مظلم أو مغلق مع إحساسه بآلام الجوع وهو وحيد فإنه يتعلم الخوف من الوحدة ومن غياب الأب والأم فيتعلق بأبوية تعلقاً غير آمن خاصة في الأوقات التي يميلان فيها إلى الهدوء والاسترخاء فيلجآن إلى عقابه فيدخل في حلقة مفرغة ويشعر أنه منبوذ وغير مرغوب فيه.

د. والطفل الذي يحصل على غذائه بشكل مريح، أو عندما تحاول الأم إطعامه دون أن يكون جائعاً، أو عندما تتم الرضاعة بشكل متقطع غير مشبع فإنه يعزف عن التواجد مع الأم ومع الآخرين. (محمد عماد الدين إسماعيل:1989، 324، 325، هدى برادة، فاروق صادق: 1986: 86، 87).

تتعدد مشكلات الرضاعة في الآتي:

توجد بعض المشكلات التي يمكن ظهورها أثناء عملية الرضاعة منها ما يلي:

1. رفض الثدي: يرفض بعض الأطفال التقاط الثدي إذا أعطي له، وأسبابها ترجع إلى:
   - أحياناً يضغط ثدي الأم على أنف الطفل الرضيع ويسبب له صعوبة في التنفس، والطفل عندها لا يستطيع أن يبلع ويرضع ويتنفس في آن واحد.
   - تقديم الثدي للطفل بعد فترة طويلة من الولادة.
   - شعور الطفل بعدم ارتياح الأم وهدوئها. (زكريا الشربيني: 2002، 155)
   - إذا كان الطفل لا يحصل على ما يكفيه من لبن.
   - إذا كان تركيب اللبن الكيميائي يؤدي إلى صعوبات في تمثيله، أو إذا كان يسبب له مغصاً أو تقلصاً في المعدة.

- إذا كان الغذاء الطبيعي يكون له غذاء آخر لا يقدم بطريقة سليمة، كأن يكون ساخناً، أو إذا أدى استمراره إلى صعوبة في الهضم.
- إذا كان الطفل لا يستطيع البلع.
- إذا كان في ثدي الأم إمداد زائد من اللبن يندفع إلى حلق الطفل، بأقل ضغط على الحلمة، فلا يستطيع الطفل الرضاعة، ويحدث ذلك في التغذية الصناعية.
- وقد يرجع ذلك إلى وجود صعوبات في البلع لدى الطفل نسبب نشأ أثناء الرضاعة ففي مثل هذه الحالات يمتنع الطفل عن الرضاعة ويرفض الثدي، وكأنه يقول: لا أريد الثدي ما دام يسبب لي الآلام وعدم الراحة. (سرجيون انجلش، جيرالد بيرسون: 1980، 27- 28)

2. النوم أثناء الرضاعة: ينتاب بعض الأطفال النوم أثناء الرضاعة دون أن يأخذوا قسطاً كافياً من الغذاء، وقد يرجع ذلك إلى: حاجة الطفل إلى الراحة إذا كان مجهداً، أو عدم حاجته إلى الغذاء، وقد يرجع إلى الاسترخاء الذي يشعر به من حنان الأم، ويترك الطفل لينام بين ساعة ونصف ساعة، ثم إيقاظه ومحاولة إعطائه الثدي، وسوف يتناوله إذا كان جائعاً.

3. عض حلمة الثدي: يقبض الطفل على حلمة الثدي بفكيه، حتى قبل أن تظهر أسنانه. وإن شعور الطفل بالم في التكين ربما لأسباب فسيولوجية أو لبدايات نمو الأسنان فيما بعد، وربما يأتي العض كرد فعل انعكاسي.

يكفي أن تقول الأم (لا) بطريقة حازمة وبدون صراخ، وسوف يشعر الطفل برد الفعل هذا من جانب الأم حتى في السن المبكر جداً، وبالضغط على فك الطفل السفلي (الذقن) بهدوء سوف يفتح الطفل فمه.

4. نقص إفراز الثدي: قد تكون كمية اللبن التي يفرزها الثدي غير كافية لإشباع الرضيع، ويبدو ذلك من استمرار الطفل في عملية المص حتى بعد استخدامه لكلي الثديين ويبدو وزن الطفل أقل من المفروض في هذا العمر.

وترجع أسبابه إلى عدم تناول قسط وافر من الطعام الذي تحتاجه، الحالة النفسية السيئة للأم، إجهاد الأم بالعمل أو السهر أو ممارسة أعمال المنزل أكثر من طاقتها ولكي تتغلب الأم على هذه المشكلة يجب أن تتجنب الانفعالات، تجنب السهر وأخذ قسط وافر من الراحة والنوم، وتجنب الضغوط الحياتية بقدر الإمكان، تناول بعض الأدوية والفيتامينات

وتناول العصائر والسوائل التي تساعد على إدرار اللبن. وأن تركز الأم اهتمامها على كل ما يجلب الهدوء والسعادة لطفلها. (زكريا الشربيني: 2002، 155: 157).

ثانيا: مشكلات الفطام

الفطام Weaning تبدأ عملية الفطام بتقديم طعام خارجي للطفل بجانب الرضاعة إذا كانت طبيعية أو صناعية وتعتبر هذه بداية الفطام. ويرمز الفطام إلى التنازل المتبادل بين الطفل والأم (لذة الطفل الجسدية من ملامسة صدر الأم الدافيء، ولذة إحساس الأم بأن طفلها يعتمد عليها كلية). يعتبر الفطام من المواقف الحرجة والفارقة في حياة الطفل، بل ويشكل أزمة لدى كل من الأم والطفل نحو الأم ونحو العالم والأمر يتوقف على عدة متغيرات، ومنها (هل تم الفطام فجأة أم بالتدريج، عمر الطفل، طبيعة العلاقة بالأم، طبيعة الطعام التي كان يتناولها الطفل قبل الفطام، مدى استخدام بعض الوسائل في الفطام).

ورغم أن للفطام جوانب إيجابية حيث تستطيع الأم وتتحمل أن تفصل الطفل عن ثديها وعن جسمها مما يؤذن ببداية استقلالية الطفل ووجوده ككيان إنساني مستقل عن الأم، إلا أن الفطام كي تتحقق له هذه الجوانب الإيجابية لابد ألا يحدث بطريقة فجائية، ذلك لأن الطفل عادة ما يضطرب حتى يطرأ على حياته تغيير مفاجيء لم يتهيأ له مسبقاً. (عماد مخيمر، هبة محمد علي: 2006، 214).

أشكال عملية الفطام

1. التدرج في الفطام: تقدم الأم بداية عملية الفطام من الشهر السادس سوائل وغذاء مسلوقاً وعصير فواكه على أن يبدأ بملعقة أو ملعقتين مع الرضعة العادية في منتصف النهار بشرط أن يكون التقديم لنوع واحد من الطعام، وتلاحظ الأم مدى تقبل الطفل لكل نوع أو الطعام الجديد، ويفضل إطعام الطفل في نفس وضع الرضاعة، ثم تجريب نوع إضافي من الطعام إلى أن يتقبل الطفل ثلاث وجبات في اليوم بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية حتى نهاية العام.
2. الفطام المبكر: بعض الأمهات تلجأ إلى فطام الطفل مبكراً حفاظاً على صحتهن ورشاقتهن، وتشير مدرسة التحليل النفسي إلى مساوئ الفطام خاصة في الشهور الثلاثة الأولى من حياة الطفل – فمنع الثدي معناه الحرمان من الحب والعطف والحنان .... ويرى فرويد أن بعض أنواع الفصام وبعض الأساليب اللاتوافقية مثل مص الأصابع قد يكون ارتداداً أو نكوصاً إلى المرحلة الفمية التي يكون الفم فيها وسيلة للإشباع، وقد يحدث تثبيت على هذه المرحلة. (هدى براده، فاروق صادق: 1986، 89).

3. الفطام المؤجل: تلجأ بعض الأمهات إلى إطالة مدة الرضاعة إلى أربع أو خمس سنوات ظناً بأن استمرار الرضاعة يمنع الحمل – غير أن إطالة مدة الرضاعة ينعكس على شخصية الطفل ويؤدي إلى تثبيت العادات الطفلية لديه عندما يكبر ويظل غير قادر على الاستقلال النفسي، ويظل معتمداً على الآخرين وغير قادر على الانفصال عن الأم.
4. الفطام المفاجئ: بعض الأمهات يمنعن أطفالهن فجأة عن مصدر لذتهم وهو الثدي، الأمر الذي يشعر الطفل معه بالخوف من تكوين علاقة وجدانية دون توقع حرمان، نتيجة هذا الفطام المفاجئ الذي هو في أشد الحاجة إليه مما يحدث له صدمة نفسية تترك آثارها في نموه النفسي مستقبلاً. (محمد عماد الدين إسماعيل: 1989: 326).

الأساليب المنفرة للفطام

بعض الأمهات يلجأن إلى طرق غير سوية لفطام الطفل منه على سبيل المثال:

1. وضع مادة ذات طعم مر على الثدي.
2. إرساله بعيداً عن الأم لعدة أيام مما قد يشكل صدمة حقيقية للطفل، ويؤدي إلى شعوره بعدم الثقة في الأم وعدم الأمن النفسي.
3. تقوم الأم بضرب الطفل إذا أصر على تناول الثدي.

الرضاعة والفطام وعلاقتهما بمشكلات مرحلة الطفولة المبكرة: قد أشارت (دراسة فوقية حسن عبد الحميد، 1992) التي استهدفت معرفة الرضاعة والفطام وعلاقتهما بمشكلات مرحلة الطفولة المبكرة كما تدركها الأمهات إلى:

- أن أفضل وسيلة للفطام هي تقليل الرضعات مع زيادة تناول الأغذية الأخرى.
- أن الرضاعة الطبيعية تقلل من ظهور معظم مشكلات الأطفال.
- أن مشكلات التغذية والتبول اللاإرادي أكثر ظهوراً لدى الأطفال الذين تم فطامهم بطريقة فجائية وأقل لدى أقرانهم الذين تم فطامهم بطريقة تدريجية.
- أن أطفال الرضاعة الصناعية أكثر معاناة من مشكلات القلق، التغذية (فقدان الشهية) والعدوان من أطفال الرضاعة الطبيعية، وربما لم توجد فروقات بينهما في مشكلات النوم، السرقة، الفوبيا، العناد، مما يؤكد أهمية الفطام التدريجي والرضاعة الطبيعية في النمو النفسي للطفل.

أسباب إجراء الفطام بطرق غير سليمة

1. رغبة الأم في التخلص من عبء الطفل.

2. افتقار الأم للمعلومات أو الخبرات أو فيما يتعلق بطرق فطام الطفل.
3. انشغال الأم بالعمل خارج المنزل لفترات طويلة.
4. مرض الأم.
5. رغبة الأم في المحافظة على جمالها ورشاقتها.

أساليب الفطام السليم

1. أن يكون الفطام تدريجياً: لأن فقدان الطفل قربه وملامسته لثدي الأم يسبب له قدراً كبيراً من القلق النفسي، وينتابه الشعور بالحرمان، أما إذا كان الفطام تدريجياً فلا يشعر بهذا الحرمان، ويكون الفطام تدريجياً بتقليل الرضعات وزيادة تناول الأغذية.
2. مراعاة بدء الفطام من سنه: لأنه من الخطأ استخدام الرضاعة الطبيعية فترة طويلة حيث إن هذا يؤدي إلى زيادة اعتماد الطفل على أمه، وكذلك يكون له أثره على صحته بصفة عامة، ومن الخطأ حرمان الطفل من الرضاعة الطبيعية في وقت مبكر.
3. تجنب الأم فطام الطفل في فصل الصيف: حيث تكثر النزلات المعوية، لذلك فمن الأفضل بدء فطامه في أي فصل آخر من فصول السنة.
4. ينبغي أن تقوم الأم بنفسها بتقديم الطعام الخارجي للطفل: كي لا يشعر أن حب الأم وحنانها وقربها منه ليس مرتبطاً فقط بعملية الرضاعة.
5. ينبغي أن تكون الأم في حالة نفسية هادئة: حيث إن الطفل يفهم عن طريق الإحساس، فإن أي اضطراب بها ينتقل إلى الطفل ويحسه دون أن تشعر بذلك؛ وقد يتأثر لبنها وأحياناً يجف كلية فيحرم الطفل من الغذاء الرئيسي والمفضل لاسيما في الشهور الأولى حيث يكون في أشد الحاجة إلى الرضاعة الطبيعية، لذا فإن الأم الحكيمة تضع مطالب طفلها في المرتبة الأولى من الأهمية ولا تسمح لأي شيء أن ينتقص من راحتها النفسية، ويجب أن تقوم على رعاية حاجات طفلها بنفسها. (كلير فهيم: 1993- 39: 40).

ثالثاً: فقدان الشهية العصابي Anorexia Nervosa

تعريف فقدان الشهية العصبي

1. هو اضطراب يتميز بفقدان وزن واضح تحدثه أو تحافظ عليه المريضة نفسها، ويحدث المرض غالباً في الفتيات المراهقات والشابات من النساء، ولكن قد يصاب به الفتيان المراهقون والشباب، ولكن بدرجة أكثر ندرة، كما قد يصيب الأطفال قرب البلوغ والنساء أكبر سناً حتى سن انقطاع الدورة الشهرية. (أحمد عكاشة: 1998، 505).

2. فقدان الشهية العصبي: هو عدم الانتظام في تناول الطعام، ودائماً يظهر في شكل (جوع) وهو اضطراب يوجد بشكل جزئي وليس كلياً في الإناث المراهقات، ويبدأ من سن البلوغ، والشخص المصاب بفقدان الشهية العصبي ينقص لديه وزن الجسم تدريجياً، وينتج عن شعور الجوع هذا إفراز هرمونات وتغييرات أخرى تؤدي إلى انخفاض درجة حرارة الجسم، وانخفاض سرعة ضربات القلب، وانخفاض استجابة المناعة، وتوقف الدورة الشهرية (لدى الإناث) لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر متتالية. (زينب شقير: 1999)
3. فقدان الشهية العصبي: هو عدم انتظام في تناول الطعام غالباً ما يبدو في شكل (رغبة دائمة في الجوع) وهو يوجد بشكل أو بآخر لدى الفتاة في سن المراهقة ويترتب على فقدان الشهية العديد من المظاهر أهمها (النقص) أو الفقد المستمر في الوزن وشكل الجسم، والعديد من المظاهر الأخرى (الفسيولوجية) التي تترتب على استمرار حالة الجوع (مثل انخفاض درجة حرارة الجسم، انخفاض سرعة دقات القلب.. الخ) لمدة لا تقل عن ثلاث شهور. (Kaplan, H.& Sadock,B 1996).
4. عرفت منظمة الصحة العالمية فقدان الشهية العصبي وفي ICD10 (1992) بأنه: اضطراب مظاهره الرئيسية، وهو رفض نشط ومستمر لتناول الطعام، وإذا تناول الفرد الطعام يحدث له قيء مستمر متميزاً بالزيادة .... ولذا: فإن فقدان الشهية العصبي يعد لزمة مرضية نفسية تتميز بالخوف الشديد من السمنة واضطراب صورة الجسم Body Image ونقص ملحوظ في الوزن (النحسيس)، وقد يؤدي إلى انقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث دون أي سبب عضوي.

نسبة الانتشار فقدان الشهية العصبي

تنتشر هذه الحالة في الأسر ذات المستوى الثقافي والاقتصادي العالي، وتصيب الإناث أكثر من الذكور فنسبة تعرض الذكور إلى الإناث تصل إلى 1: 20، ومن الممكن أن تبدأ هذه الحالة قبل عمر 10 سنوات وإن كان أكثر من 80٪ من الحالات تقع في الفئة العمرية 13-20 سنة (زكريا الشربيني: 2002:147).

وفي دراسة زينب شقير وجدت أن النسبة تصل إلى 8.92٪ من الذكور، 15.45٪ من الإناث (زينب شقير: 2004).

معايير تشخيص فقدان الشهية العصبي

يشخص فقدان الشهية العصبي وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

1. رفض الاحتفاظ بوزن الجسم في المعدل الطبيعي أو فوق ذلك المعدل الذي يجب أن يتناسب مع عمر وطول الشخص.
2. خوف عميق ومتغلغل من أن يصبح الشخص بديناً حتى وإن بدا جسمه في معدل الوزن الطبيعي.
3. اضطراب في إدراك وزن الجسم أو شكله بحيث يرى الفرد نفسه على أنه بدين، حتى عندما يكون في الوزن الطبيعي مع انكسار واضح في إدراك مدى خطورة الوزن المنخفض للجسم على وظائف الجسم.
4. يحدث لدى الإناث – انقطاع الدورة ثلاث مرات متتالية على الأقل. (APA 2000).

وقد ورد في العديد من المراجع الطبية وعلم النفس المرضي العديد من المحكات الأخرى التي توضح محكات التشخيص أو تزيدها وضوحاً مثل:

1. فقدان الوزن: ويحدث نتيجة للانخفاض في تناول كميات الطعام المناسبة لكي ينهض الجسم وأعضاؤه بوظائفها ويفقد الفرد على الأقل 10٪ من وزنه السابق.
2. انقطاع الحيض: في حالة النساء ولمدة ثلاثة أشهر متواصلة على الأقل ويشترط أن تكون دورة الحيض منتظمة قبل ذلك.
3. عدم ظهور مؤشرات لاضطرابات أخرى تعد سبباً أساسياً لفقدان الشهية (خاصة أعراض الفصام، الاكتئاب الجسيم، أو بعض الأمراض العضوية). (أحمد عبد الخالق: 1997، 42: 43).

أعراض فقدان الشهية العصبي

ذكرت العديد من المراجع في هذا الصدد أن اضطراب فقدان الشهية العصبي يظهر في الأعراض الآتية:

1. انخفاض الوزن.
2. اضطرابات المعدة (تتراوح ما بين الإمساك الحاد والإسهال الشديد وعوامل أخرى تتراوح ما بين الشعور بالانتفاخ ...الخ.
3. الاستسقاء أو تجمع السوائل بالجسم.

4. الجفاف (للجلد والحلق).
5. حدوث ازرقاق في الأطراف.
6. نوبات من الصرع.
7. السرقة.
8. الدخول في حفلات الأكل ثم السرعة في التقيؤ العمدي أو أخذ ملينات حتى لا يبقى الطعام في معدته (أو يستفيد منه الجسم).
9. التدقيق في اختيار أنواع معينة من الطعام (غالباً ما تكون ذات سعرات حرارية منخفضة).
10. القيام (أو إجبار الشخص لنفسه) بالعديد من الأنشطة البدنية الشاقة رغبة منه في (حرق) الدهون التي (يدرك) أنها (متراكمة) في أماكن كثيرة بالجسم.
11. التحديق في المرآة بهدف الاطمئنان على أنه لم (يزد وزنه بالصورة الملفتة للنظر – حتى وأن كان الأمر على غير ذلك).
12. تناقص الاهتمام بالجنس، أو توقف ممارسته مع شريكة الحياة أو شريك الحياة نهائياً.
13. حدوث تغييرات في الجلد والشعر والأظافر والأسنان.
14. إن غالبية (مضمون الأحلام) تدور حول (الجسد البدين) وأنه (لا شعورياً) يرغب في أن يكون جسده (في المعدل الطبيعي – حتى وإن كان الأمر على عكس ذلك).
.(Eagles, ET, AL, 1990, 119- 123)

أنواع فقدان الشهية العصبي

يجب أن نفرق بين نوعين هما:

1. فقدان الشهية العضوي: ويعرف بأنه فقد جزئي أو كلي للشهية ويكون ذلك نتيجة لأسباب عضوية جسمية في المقام الأول، كما يعد مصاحباً لعدد من الأمراض العضوية والنفسية (أمراض الهضم الخطيرة، سرطان المعدة، والقولون) كما تحدث بشكل تقليدي في حالات التهاب الكبد الوبائي المعدية، وفي اضطرابات الغدد الصماء (مثل نقص إفراز الغدة الدرقية أو الخناص وظائف الغدة النخامية) كما أن فقدان الشهية العضوي، قد يكون من بين أعراض مرض السكر، أورام المخ وغيرها. (أحمد عكاشة، 1998، 507).

2. فقدان الشهية العصبي: يعرف رفض الفرد للطعام، أو التقيؤ المتعمد بعد الأكل مباشرة، مما يتسبب عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم، ويسمى أحياناً بالتجويع الذاتي المرضي Abnormal Self- Narvation وهو أحد اضطرابات الأكل. ولذلك يمكن أن نحمل الاضطرابات الأساسية في فقدان الشهية العصبي بأنها تشمل على:

أ. الشهية.

ب. سلوك الأكل.

ج. صورة الجسم. (أحمد عبد الخالق، 1997، 32: 33).

أسباب فقدان الشهية العصبي

1. أسباب جسمية: مثل معاناة الطفل من أمراض في الفم أو الأسنان، أو التهاب اللوزتين، أو الإمساك، وسوء الهضم.
2. أسباب نفسية: يرجع اضطراب العلاقات داخل الأسرة والسيطرة المفرطة من قبل الأسرة التي تمنع الطفل من أن يكون متسقاً في احتياجاته الجسمية: فاكراه الطفل على الطعام دون مراعاة حاجاته الجسمية يهيئ لاضطراب الشهية العصبي. (محمود حمودة: 1991، 203) وتفقد الشهية نتيجة للخوف والقلق والغضب والحزن، أو لفقدان الشعور بالأمن مثلما وجد في فقدان الطفل لأحد أبويه أو انفصاله عن أحدهما. (زكريا الشربيني:2002، 148).
3. أسباب لا شعورية : ذهبت نظرية التحليل النفسي إلى أن الكثير من المريضات يبدو أنهن يربطن بين البدانة والحمل وبالتالي بالجنس الذي ينفرن منه ويحاولن كبته. (أحمد عكاشة: 1980، 76) وتذهب بعض النظريات الدينامية إلى أن فقدان الشهية العصابي ينتج عن وجود علاقة اعتمادية (من المريضة) مع أب دافئ عاطفياً ولكنه منسحب عن دوره في البيت، يصاحب ذلك بشعور بالذنب على العدوان الذي تستشعره الفتاة تجاه أم متناقضة (محمود حمودة: 1991، 204).
4. أسباب ثقافية اجتماعية: تعد سببا من أسباب فقدان الشهية العصبي المعايير الثقافية والاجتماعية المحيطة بالمجتمع وما تنشره وسائل الإعلام من أن المرأة النحيفة مثال للجمال، مما يجعل بعض الفتيات وربما الأطفال الكبار يلجأون إلى اتخاذ نوع قاس من التخسيس (الرجيم) وتؤدي حالتهم النفسية إلى عدم التفرقة بين النحافة الشديدة والرشاقة ويقعون في خوف شديد من الأكل وكل ما يؤدي إلى زيادة أوزانهن الأمر هنا

نوع من الالتزام الإرادي بعدم الأكل بالرغم من وجود الشهية ويصل ذلك لدرجة الوسواس القهري. (FURNHAM & HOME – WRIGHT, 1992 :23).

5. أسباب بيولوجية: في الأعوام الأخيرة من القرن العشرين ظهر افتراض بأن فقدان الشهية العصبي يرتبط بالاضطراب ثنائي القطبية ونوبات الاكتئاب العظمى – على أساس أن مرضى فقدان الشهية العصبي والشدة العصبي يظهرون في تاريخهم المرضي معدلاً مرتفعاً لاضطراب الوجدان، كما أن معدل انتشار اضطراب الوجدان لدى أقاربهم من الدرجة الأولى أعلى منه لدى عامة الناس، وفوق ذلك يوجد شذوذاً للهرمونات العصبية يشبه ما لوحظ في مرضى الاضطراب الوجداني. (KAPLAN & SADOCK,1999).

علاج فقدان الشهية العصبي

1. العلاج بالعقاقير من خلال إعطائه بعض المهدئات والمطمئنات ومضادات الاكتئاب مثل عقار Impromine.
2. العلاج النفسي، عن طريق تشجيع الطفل على التعبير عن مشاعره المكبوتة ويجب على المعالج أن يكون واعياً بالمشاعر المتطرفة للطفل (الرفض، السيطرة، عدم الصبر، اللامبالاة).
3. العلاج الأسري، حيث يعتبر فقدان الشهية العصبي عرضاً لاضطرابات العلاقات داخل الأسرة، ولذلك لابد من اشتراك أفراد الأسرة في البرنامج العلاجي خاصة الأمهات اللاتي يقمن باتباع نظام غذائي وفي نفس الوقت يضغطن على الابن ليتناول كميات كبيرة من الأكل.
4. العلاج الغذائي، عادة تسير خطة العلاج على النحو التالي:

- إذا كان المريض يقيء عادة بعد الوجبات فمن الضروري إبعاده عن دورة المياه مدة ساعتين بعد الأكل لتجنب هذا السلوك.
- يوزن المريض يومياً أو أسبوعياً، ولا يلبس ملابس ثقيلة أو يضع في ملابسه أشياء ثقيلة ولا يتناول وجبة كبيرة أو يشرب كميات كبيرة من المادة لزيادة وزنه.
- يعطى نظاماً غذائياً للوجبات لإشراف طبي.
- إذا استمر المريض في فقدان الوزن واستمرت حالة فقدان الشهية تتم تغذيته عن

طريق أنبوبة من الأنف إلى المعدة، وقد يتقبل البعض هذه الطريقة ويمارس بها أنشطته المعتادة، والبعض يمكن أن يقيء أو يخرج الأنبوبة وهنا يلزم تهدئتهم بالعقاقير، وبعد أيام من بداية التغذية بالأنبوبة سوف يتحسن الوزن، وكلما بدأ المريض في تناول الأطعمة بنفسه تنزع الأنبوبة (محمود حمودة: 1991: 207).

نصائح للوالدين لوقاية الأبناء من اضطراب فقدان الشهية العصبي

1. ينبغي أن يكون الأكل خبرة إيجابية خالية من الصراع؛ حيث يكون مكان الأكل جذاباً وسهل التنظيف وهادئ ويعطي الطفل مجالاً للأكل بحرية، ومن الأفضل استخدام ملعقة قصيرة مستقيمة مسطحة اليد لأن ذلك يجعل الأكل أسهل، هذا ويمكن للرضيع إمساك الملعقة، كما يمكنه وضع الجزء العريض منها في جانب فمه، وفيما بعد يمكنه استخدام شوكة غير حادة الرؤوس، وينبغي وضع الطعام على مستوى المعدة بحيث لا يكون على الطفل الصغير أن يحاول الوصول لأعلى، واستخدام مقعد منخفض ذي ظهر مستقيم يعطي الطفل الراحة بتمكينه من إبقاء قدميه على الأرض، وليس في الهواء، وينبغي تقديم الأطعمة الصلبة في سن ستة أشهر، وتناول الطعام المتماسك بعضه لأنه أسهل للأكل من الشوربات، مع مراعاة أن معظم الرضع يستجيبون بشكل أفضل للأطعمة غير الحريفة في البداية، أما الأطعمة ذات المذاقات المختلفة، أو الملمس المختلف، أو الرائحة المختلفة، أو الألوان المختلفة فينبغي تقديمها بكميات صغيرة جداً، وأكثر الطرق نجاحاً هي أن يتم تمزيجها مع الأطعمة التي اعتاد الرضيع أن يحبها، ولهذا يمكن خلط كمية صغيرة جداً من طعام يرفضه الطفل مثل (الخضروات) مع أطعمة يحبها، ومن الطرق الممتازة تقديم الطعام المرفوض بشكل مختلف، فإذا رفض الطفل الحليب مثلاً يمكن تقديمه له على شكل مهلبية أو جبنة.
2. اشتراك الطفل في انتقاء الطعام وإعداده.
3. اشتراك الطفل في الحوارات المتعلقة باختيار نوعية الأطعمة التي ينبغي أن تشتريها الأم أو الأب، وتوضيح فوائد هذه الأطعمة في بناء الجسم. (شيفر وميلمان: 1989: 318)
4. يجب على الأم أن تعلم أن شهية الطفل ونموه يكونان طبيعيين بعد السنة الأولى، وكذلك يختلفان من طفل إلى آخر فلا داعي للمقارنة بين الأطفال، المهم النصحة وليست البدانة فلكل خطوة إيجابية في تناول الطعام خطوة جديدة في النمو، فإذا كانت سارة للطفل فسوف تتحسن علاقته نحو الطعام والأم، ونحو التجارب الجديدة وتتجه بخطوات واسعة

للأمام.

5. يجب أن يكون الطفل عند تناوله غذاءه منشرحاً هادئاً لا مهتاجاً، ولا مشغول الذهن، فلا يصح نزعه فجأة من لعب نشيط لذيذ في نظره هو ليتناول الطعام أو وهو في حالة غضب أو ضيق أو إرغامه على تناول طعام معين أو كمية معينة.
6. يجب أن يراعى كذلك تقديم الطعام بطريقة شهية جذابة وأن يكون فيه مجال للتنوع من يوم إلى آخر بقدر الإمكان وفي أوان خاصة بالطفل ، إذ أن هذه فرصة لفهمه معنى الملكية واحترام ملكية الغير، كما أن في ذلك فرصة أخرى لتعويده على الاعتماد على نفسه في تنظيم أدواته ورفعها ووضعها.
7. يجب أن نعلم أنه من الأهمية بمكان ضرورة استمتاع الطفل بلذة تناول الطعام بكل الطرق الممكنة، وأن ينظر إليه ويستمتع بطعمه ورائحته، ونسه و قضمه ومضغه، وتصير لذة الطعام للطفل مشابهة للذة الحياة ولذة حب الناس. (كلير فهيم 1993، 45).

رابعاً: الشره العصبي Bulima Nervosa

تعريف الشره العصبي

هو زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل والانشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم يؤدي بالمريض إلى نمط من الإفراط في الأكل يليه قيء أو استخدام الملينات ويشترك هذا الاضطراب في كثير من السمات النفسية مع اضطراب فقدان الشهية بما فيها الاهتمام الشديد بشكل وزن الجسم، ويعرف اضطراب الأكل الشره Bingo Eating بأنه تناول كمية كبيرة من الطعام تفوق بكثير ما اعتاد الأفراد الآخرون أن يأكلوه في ظروف مشابهة وذلك في فترة زمنية قصيرة، وتشير الفترة القصيرة من الزمن إلى فترة محدودة تكون عادة أقل من ساعتين (جمعة سيد يوسف: 2000، 103).

الشره العصبي هو حالة من نوبات النهم وفقدان السيطرة على النفس في تناول الطعام، والإفراط في التهام كميات كبيرة منه في فترة زمنية قصيرة وقد تتسبب هذه الحالة في إحداث آلام شديدة بالبطن، وقد تصل بالفرد إلى حد السمنة الزائدة Excessive obesity (حسن مصطفى: 2003، 65).

وهو التناول القهري لكميات كبيرة من الطعام أكثر مما يأكله معظم الأولاد، ويتم التهام الأكل بسرعة شديدة ويشعر الفرد بعدم القدرة على التحكم في سلوك الأكل، ويحدث هذا السلوك مرتين على الأقل في الأسبوع لمدة ثلاثة شهور. (عماد مخيمر، هبة محمد:2006، 247)

والشراهة تحدث نتيجة التعب الجسمي الذي يحس به الشخص، كآلام المعدة، أو الشعور بالغثيان، ويلي هذه الفترة عادة شعور بالخجل والذنب والاكتئاب والنفور من الذات، ويستخدم مثل هذا الشخص عادة الملينات أو مدرات البول، مع التقيؤ أو إحداث القيء بشكل صناعي كوضع الإصبع في الزور أو تناول دواء مسهل ملين للأمعاء، أو عقار مدر للبول، أو شرب ماء على الرغم من أن بعض المرضى يستطيع التقيؤ بإرادته دون وسيلة لا إرادية. (DSM 4 -1994).

نسبة انتشار الشره العصبي

تشير بعض الدراسات إلى أن معدل الانتشار لدى الإناث يصل إلى 4.5٪ ولدى الذكور 4٪ ولوحظ أن آباء المصابين بهذا الاضطراب تغلب عليهم البدانة، كما لوحظ أن نوبات الاكتئاب العظمى تكثر بين أقارب الدرجة الأولى للمصابين بالشره العصبي (محمود حمودة : 1991، 210).

معايير تشخيص الشره العصبي

1. الأكل في فترات متقاربة من الزمن (في حدود كل ساعتين) وتكون كمية الطعام كبيرة أكثر من معظم الناس خلال نفس الفترة الزمنية ونفس الظروف المحيطة.
2. الشعور بنقص القدرة على التحكم في هذا الزائد خلال هذه الفترة (الشعور بأن الفرد لا يستطيع أن يوقف رغبته في تناول الطعام ولا يتجنبا بكمية الطعام التي يمكن أن يأكلها).
3. تكرار بعض الأساليب التعويضية Compensatory غير المناسبة لعدم زيادة الوزن مثل الملينات أو مدرات البول أو التقيؤ، وكذلك محاولة زيادة التمرينات الرياضية لتقليل الوزن وهذا يحدث مرتين أسبوعياً لمدة ثلاثة شهور.
4. تقييم الذات Self-Evaluation يخضع لشكل الجسم Body Shape والوزن بمعنى أن شعوره بالقيمة مرتبط بكيفية إدراكه بصورة جسمه وشكل هذا الجسم.
5. هذا الاضطراب لا يحدث خلال فترات فقدان الشهية. (Steinberg et al 1999 : 397)

أي أن الشره العصبي يتسم على الأقل بثلاث خصائص إكلينيكية هي:

1. الإفراط في الأكل والشراب (أي تناول الطعام بكميات كبيرة في وقت أقل مقارنة بغيره من الأفراد).

2. محاولة الرجوع المنتظم إلى اتباع طرق للتأثير على الوزن والشكل مثل: تعمد القيء أو استخدام الملينات أو الصوم، أو ممارسة الرياضة المتطرفة العنيفة.
3. التقييم الذاتي والذي يتأثر بشكل غير مبرر بشكل ووزن الجسم. (تيرنس ويلسون، كاثين بابك: 2002، 663).

أنواع الشره العصبي

ينقسم إلى :

1. النوع الشره: أثناء حالات الشره قد يرغم الشخص المضطرب نفسه على التقيؤ أو يفرط في إساءة استخدام الملينات.
2. النوع غير الشره: حيث يبالغ في السلوك التعويضي من قبيل اللجوء إلى الامتناع عن تناول الطعام لفترات (الصيام) أو يجبر نفسه على ممارسة الرياضة العنيفة.

مظاهر وأعراض الشره العصبي

يمكن تشخيص هذه المظاهر والأعراض والتي تتباين وفقاً لما يلي:

1. الوقت الذي قضاه المريض الذي يعاني من هذا الاضطراب من معاناة الشره (إدمان المرض).
2. قدرة الجسم على تحمل الخلل أو انعدام التوازن الكيميائي لديه.
3. تكرار وانتظام عملية الشراهة والتقيؤ.
4. نوعية الطعام الذي يتم تناوله خلال نوبة الشراهة والتقيؤ.
5. الانشغال الدائم والتفكير المستمر (الذي يقترب من القهر) في الأكل، وانهم لا يقاوم إلى تناول الطعام.
6. تكرار نوبات التهام الأكل بشراهة.
7. الأكل فترات متقطعة من الوقت (مثلاً خلال ساعتين) مع تناول كمية من الطعام قطعاً تكون أكبر من التي يتناولها أغلب الناس خلال هذه الفترة وفي نفس هذه الظروف.
8. الإحساس بصعوبة التحكم في الأكل أثناء النوبة.
9. محاولات من الشخص في التحكم لزيادة الوزن المترتب على تناول الطعام بواحد أو أكثر من الأساليب التالية:

تعمد القيء.

- سوء استخدام الملينات.
- الصيام.
- التمرينات الرياضية المفرطة.

10. بعض مرضى الشره يكونون ضمن معدل الوزن الطبيعي، والبعض الآخر يكونون ما فوق الوزن أو ما تحت الوزن.
11. يحدث كل بشراهة بمتوسط مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر.
12. انقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث أو عدم انتظامها فترة لا تقل عن ثلاثة أشهر. (زينب شقير: 2004: 40- 41).

أسباب حدوث الشره العصبي

1. أسباب جسمية: كاضطراب الغدد الصماء، أو الإصابة بالديدان، أو عدم ممارسة الأنشطة الرياضية، أو دخول مرحلة المراهقة مما يتطلب كمية من الطعام.
2. أسباب نفسية: الشعور بعدم الأمن والاكتئاب واليأس، وزيادة العدوانية، وزيادة وقت الفراغ، والرغبة في إرضاء الوالدين بالتهام كميات كبيرة من الطعام، والشعور بالوحدة فالطفل غير الآمن وغير المرغوب فيه يعاق عن تكوين مصادر خلاقة للإشباع، فيجد في الطعام المنفذ الوحيد لمشاعر القلق والعجز. وقد يكون شعور الطفل بالشقاء هو أحد أسباب الشراهة، خاصة الشعور بالشقاء والوحدة في سن الرابعة عندما ينفصل وجدانياً عن والديه، فإن لم تكن لدى الطفل المقدرة على عمل صداقات مع أطفال آخرين فإنه يشعر بالوحدة، ويعوض هذا الشعور جزئياً بأكل كميات كبيرة من الأطعمة الدسمة والحلويات وغيرها، وبالإضافة لذلك فقد ترجع شراهة الطفل إلى قلقه على دروسه في المدرسة أو من أية مشكلة أخرى فيكون الغذاء بديلاً للحب والحنان إذا افتقدهما لسبب ما، فيفرط في الطعام سعياً وراء إشباع النفس عن طريق ملء المعدة. (كلير فهيم: 1993: 47- 48).
3. أساليب المعاملة الوالدية: قد يحدث الشره العصبي لدى الطفل نتيجة لتدليله الزائد من الأم أو خوفها البالغ على صحته، أو ربط بعض الأمهات بين الصحة وزيادة الوزن فتستمر في إطعام الطفل بغض النظر عن احتياجاته الفعلية، كما أن تعرض الطفل

للإساءة الجسمية أو النفسية أو الجنسية، وعدم الرغبة الوالدية الكامنة تعتبر أيضاً عوامل هامة في نشأة الشره العصبي.

كذلك فإن عدم وجود ضوابط وقواعد سلوكية والدية محددة داخل الأسرة خاصة قواعد ونظم الأكل وعدم تعويد الأبناء على العادات السليمة لتناول الأكل ووجود مشكلات أسرية يساهم في مشكلة الشره العصبي، أيضاً فإن حرمان الطفل من أكل الكمية الكافية للطعام من الوالدين يؤدي إلى الشره.

4. أسباب ثقافية واجتماعية: حيث إن معظم الثقافات تشجع الوزن المثالي لأنه يرتبط بالجاذبية الجسمية لأن هذا الوزن يزيد من فرص إقامة علاقات مع الآخرين، ويزيد من فرص العمل، ويزيد من تحرر الفرد من الشحوم والدهون التي تعوق حركته وتسبب له أضراراً صحية، كما أن الوزن الزائد يؤدي إلى العزلة وانخفاض تقدير الذات، ولذلك فإن النحافة Thiness وتجنب السمنة هي أحد الأهداف الهامة والتي تؤدي إلى الشعور بالقيمة لدى المراهقين خاصة الإناث.(Steinberg et al. 1999: 401).

خامساً: الانحراف الغذائي Pica

يقصد بالانحراف الغذائي التناول الدائم للمواد غير الصالحة للأكل مثل التراب، وطبقات الطلاء، الأزرار، الظلط، والقماش، الرمل، القاذورات، ورق الشجر، الزجاج.

وفي الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-Iv) يعرف الانحراف الغذائي Pica بأنه التناول الدائم للمواد غير الصالحة للأكل لمدة لا تقل عن شهر ولابد أن يكون السلوك مطرداً بطريقة غير ملائمة وليس مقبولاً حضارياً وشديداً بدرجة كافية بحيث يستحق الرعاية الصحية. ويشخص الانحراف الغذائي حتى إذا حدثت هذه الأعراض في سياق مرض آخر مثل أمراض التوحدية Autistic والفصام، وأعراض كلاين ليفن Klein Levin ويظهر الانحراف الغذائي بكثرة عند الأطفال الصغار عنه ولدى الكبار كما يظهر عند المتخلفين عقلياً وهناك بعض الأشكال من الانحراف الغذائي من ضمنها أكل طين الصلصال Geophagia والنشا Amylophagia وتحدث عند الحوامل.

نسبة انتشار الانحراف الغذائي

تقدر نسبة انتشار الانحراف الغذائي من 10٪ إلى 32٪ بين الأطفال من سن سنة حتى 6 سنوات، حيث تنخفض النسبة عند ما يبلغ الطفل عشر سنوات إلى 10٪ تقريباً.

أسباب الانحراف الغذائي

1. نقص التغذية مثل نقص الكالسيوم والحديد والرصاص الأمر الذي يدفع الأطفال إلى ذلك السلوك.
2. عدم الرعاية العائلية وشدة الحرمان الأسري.
3. سوء العلاقة بين الأم والطفل التي ينتج عنها عدم إشباع الاحتياجات الفمية فيعبر عنها الطفل بالبحث عن أكل مواد غير صالحة للأكل.
4. العوامل النفسية للطفل.
5. عوامل ثقافية لدى بعض الشعوب لوحظ أن لها علاقة بأكل الطين لدى الحوامل، وأكل مواد غريبة لدى الأطفال.

محكات تشخيص الانحراف الغذائي

لقد أورد التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD10 (1992) المحكات التشخيصية للانحراف الغذائي للأطفال – على النحو التالي:

1. العمر الزمني العقلي سنتان على الأقل.
2. فترة استمرار الاضطراب على الأقل لمدة شهر.
3. لا يظهر الطفل أية اضطراباً نفسية أو سلوكية (عدا التخلف العقلي).
4. تناول المواد غير الغذائية بطريقة مستديمة ومتكررة على الأقل لمدة مرتين في الأسبوع.
5. لا يكون السلوك الغذائي جزءاً من الممارسات الحضارية التي يجيزها المجتمع ولقد أورد لنا دليل التشخيص الإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية DSMIV المحكات التشخيصية للانحراف الغذائي.
6. التناول المستمر أو النهم للمواد غير الغذائية لفترة لا تقل عن شهر.
7. النهم للمواد غير الغذائية لا يتناسب مع مستوى النمو.
8. سلوك نهم الأشياء غير الطبيعية ليس جزءاً من العادات والممارسات الحضارية أو الثقافية في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد.
9. إذا حدث النهم إلى تناول الأطعمة غير المألوفة بشكل استثنائي أثناء مسار أحد الاضطرابات النفسية الأخرى (مثل التخلف العقلي، اضطرابات النمو السائدة ، الفصام) فإن هذه الحالة خطيرة بدرجة كافية تتطلب عناية إكلينيكية خاصة أو مستقلة.

علاج الانحراف الغذائي

1. يتصب العلاج على تربية الطفل تربية سليمة، واستخدام فنيات العلاج المختلفة لتعديل سلوك الانحراف الغذائي.
2. تخفيف أية ضغوط نفسية صعبة على الطفل.
3. استخدام أسلوب التغيير عن طريق اقتران تناول هذه الأشياء غير المألوفة بصدمة كهربائية.
4. تناول عقار يؤدي إلى التقيؤ والتقزز.
5. استخدام وسائل تدعيم الإيجابي كالنمذجة، ومحاكاة السلوك.
6. تعويض الأطفال الذين لديهم نقص في الزنك أو الحديد كان له نتيجة إيجابية في إزالة الانحراف الغذائي. (Kaplan & Sadock, 1999).

أسباب اضطرابات الأكل

1. **العوامل الجينية أو الوراثية**

أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن حوالي 60٪ من التوائم المتماثلة تكون مهيئة للحالة المرضية، ودفع ذلك العلماء إلى البحث عن الأساس الفسيولوجي المسئول عن هذا العامل الوراثي، وافترضوا أن فقدان الشهية العصبي راجع إلى شذوذ كيميائي أو إلى خلل في وظيفة المهيد Hypothalamus أو تحت سرير المخ. (Holand et al. 1988, 563).

ويرتبط اضطراب الأكل بالنشاط المتعلق بإفراز السيروتونين، وهذا النشاط المتعلق بإفراز السيروتونين يؤدي إلى تناول كمية منخفضة للطعام مما يؤدي إلى نقص أو فقدان الوزن، ويؤكد ذلك عدم الفاعلية النسبية للتدخل الدوائي عن طريق تعاطي الأدوية المخصصة لرفع مستوى السيروتونين في علاج اضطراب الأكل. (Advoka; & kurlesic: 1995.62)

إن نقص الزنك ربما يساعد على استمرار اضطرابات الأكل، وفي حقيقة الأمر أن نسبة عالية من هؤلاء المرضى يكونون نباتيين، فمن المعروف أن النظام الغذائي للشخص النباتي يكون غالباً منخفضاً في نسبة الزنك، ولذا فمن الضروري قياس نسبة الزنك باستمرار لدى مرضى اضطراب الأكل، وإذا كانت منخفضة ينصح بإضافة الزنك في الطعام. (Bakan et al 1993. 231).

بينما يوضح أحمد عبد الخالق (1997) أن البحوث التي قام بها العلماء للبرهنة على وجود عامل وراثي في اضطرابات الأكل لم تنجح فلم تثبت البحوث وجود خلل في وظيفة

محددة، ولم تبرهن على وجود شذوذ في إفراز مادة خاصة تعد سبباً للاضطرابات، ونتيجة لذلك اتجه العلماء إلى بحث العلاقة بين اضطرابات الأكل والعوامل الاجتماعية والبيئية بوصفها سبباً لها.

2. العوامل النفسية

أما عن العوامل النفسية فكثيرة مثل الخوف (من شيء محدد أو غير محدد) أو الشعور بالإحباط، الشعور بالذنب نتيجة الشعور بالعدوانية (اتجاه فرد ما من الأسرة أو خارجها) إضافة إلى الانشغال الزائد بصورة الجسم والخوف من أن يصبح الفرد بديناً، أو التقييم الزائد لحجم الجسم الفعلي والضغوط الاجتماعية نحو النحافة، وزيادة الحساسية نحو كيف يدري الآخرون المصابين بالنشره العصبي.

كما أن بعض المحللين النفسيين قد فسروا اضطرابات الأكل على أنها تحدث بصفة عامة لدى الأفراد الذين يخافون الجنس أو الذين يعانون رمزياً بين الجنس والأكل أو أن فقدان الشهية هو وسيلة رمزية لتجنب الحمل، ويحدث الأكل بشراهة حين لا تستطيع الخبرات الجنسية المكتوبة أن تعبر عن نفسها. (أولتماز وآخرون: 2002، 365: 366). ويرى فرويد (Frude) أن نمط أو نموذج التعزيز الذي يعتمد على تقدير الذات ربما يزيد بدرجة كبيرة من تكرار سلوكيات الوقوف على الميزان لمعرفة الوزن، والنظر بإمعان في المرآة، وارتداء ملابس معينة، وفي بعض الحالات يؤدي هذا السلوك إلى اضطراب حياة الفرد وخاصة إذا انشغل بعملية الوزن القهري للذات Compulsive self – weighting والحد من أو التقيد في الأكل Eating Restriction (Frude, 1998, 85).

أن بعض النماذج السيكولوجية لفقدان الشهية العصبي (اضطراب الأكل) توحي بأن القضية الرئيسية في استمرار الحالة تختص بالتدريب على ضبط النفس أو السيطرة عليها، فبعض الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي يحاولون السيطرة على تناولهم للطعام، والبعض الآخر يشعر بأنه من الصعب السيطرة على تناولهم للطعام، والبعض الآخر يشعر بأن من الصعب السيطرة أو التحكم ربما تكون مختلفة إلى حد ما في التأكيد على وصف التعزيز الذي تم تناوله سابقاً، ولكنهم يشتركون في الرأي القائل بأن الشخص الذي يعاني من فقدان الشهية للطعام يتبع أو يتبنى موقفاً أخلاقياً بخصوص الأكل أو تناول الطعام يضاف إلى ذلك أن الغالبية العظمى من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تتعلق بتناول الطعام لديهم إحساس ضئيل بالتحكم الشخصي ولا يثقون في قدراتهم أو سواهيهم،

وينشغلون بدرجة زائدة عن الحد بمظهرهم أمام الآخرين، ويعانون من التملق الاجتماعي، واضطراب صورة الجسم والعزلة الاجتماعية. (مجدي الدسوقي: 2007، 88).

ولعل (هيلد بروش) رائدة مجال اضطرابات الأكل وعلاجها قد وضعت العديد من التفسيرات النفسية لهذا الاضطراب – حيث فسرته عند مريض فقدان الشهية العصبي – كمثال – بأنه عبارة عن تفاعل عدد معين من العوامل مثل: نقص في مفهوم الذات، الخوف من الخواء أو السواء الداخلي إضافة إلى قيام المريض بتزييف سلوكه عن طريق العديد من ميكانيزمات الدفاع ؛ أو الإدراك الخاطئ للكثير من الوقائع. (أحمد عبد الخالق: 1997، 138 – 139).

3. العوامل الاجتماعية

تتعدد هذه العوامل مثل:

أ. إحساس الطفل بعدم الاستقلالية: فإن فقدان الشهية يعكس إحساساً بعدم الاستقلالية وعدم القدرة على التحكم الذاتي معاً بالإضافة إلى العديد من الاضطرابات الإدراكية والمعرفية التي تنشأ غالباً نتيجة لفقدان الرعاية الوالدية وخاصة من جانب الأم.

ب. الحث الإعلامي في العديد من الحضارات (خاصة الحضارة الغربية) على ضرورة النحافة والرشاقة، وهذا يؤكد دور العوامل الاجتماعية.

ج. انشغال الوالدين بموضوع النحافة: يشجع معظم الآباء في البداية أبناءهم على اتباع النظام الغذائي المحدد حيث يحفزونهم على الحد من تناول الوجبات الغذائية من أجل إنقاص أوزانهم حتى يصبح نمط الأكل غير الطبيعي سائداً وثابتاً بدرجة كبيرة، وبالتالي يصعب التخلص منه بعد ذلك (مجدي الدسوقي 2007، 89)

د. إن المستوى الاجتماعي والظروف البيئية والاقتصادية تلعب دوراً هاماً في إصابة الشخص (بفقدان الشهية العصبي أو البدانة) حيث تلعب الأموال ووفرتها دوراً في ذلك أي في شراء الأطعمة وبكميات قد تفوق ما يحتاجه الفرد (Martin et al. 1993 (76 – 92

هـ. نظام الأسرة المختل: من أهم السمات التي تميز عائلات الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل الجمود، الصرامة، والتزمت، القسوة، التفكك، وفقدان الترابط والانسجام بين أعضائها.

و. العادات السلوكية والجسمية غير الصحيحة مثل:

- إن ذوي الإعاقة البدنية قد يصابون باضطرابات الأكل.
- تناول الأكل بدون نظام متبع في الأسرة وكثرة الولائم.
- جعل الأكل وسيلة تعزيز لكل سلوك مرغوب فيه.
- تناول الطعام ما بين الوجبات الغذائية بكثرة.
- تناول أدوية ومليّنات.

علاج اضطرابات الأكل

أولاً: العلاج بالعقاقير Pharmacotherapy

إن التدخل عن طريق العلاج بالعقاقير يساهم عادة بدور بسيط في العلاج، ولكن الإسهام الكبير في العلاج يأتي من العلاجات النفسية وينصح المشتغلون بالعلاج النفسي بعدم الاستمرار في تعاطي الأدوية على المدى الطويل ومن الأدوية التي تفيد في علاج الشره العصبي الأدوية المضادة للاكتئاب التي ثبتت فاعليتها في تحسين الاضطرابات المزاجية، واضطرابات القلق. (Walsh et al. 1997 526).

في علاج فقدان الشهية العصبي تستخدم العديد من العقاقير حيث يفضل البعض استخدام مضادات الاكتئاب، كما يجب مراعاة أن تعطى جرعات مخفضة ابتداء نظراً للانخفاض المفرط في وزن المريض، كما يمكن أن يتم اللجوء إلى التغذية عن طريق الأنبوب، ولكن من الممكن إعطاء المريض ثلاثة آلاف سعر حراري يومياً. (جيمس ويلس، جون ماركس: 1999، 224: 225).

ويرى عادل عبد الله (2000) أن العلاج بالعقاقير يعتمد على مضادات الاكتئاب التي تدخل فيها مشتقات السيروتونين التي وإن كانت قد أثبتت بعض الفاعلية في هذا الصدد إلا أنها تعد غير مفضلة في كثير من الأحيان نظراً لما يصاحبها من آثار جانبية غير مرغوبة كالامتناع الحاد عن الطعام الذي قد يصل إلى حد فقدان الشهية والذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث انتكاسة بعد الانتهاء من العلاج. (عادل عبد الله، 2000، 302)

ثانياً: العلاجات النفسية

1. **العلاج بالتحليل النفسي Psychoanalysis Therapy**

عن طريق فهم الدوافع اللاشعورية، تفسير الحيل الدفاعية، الرغبات العدوانية الكامنة داخل الفرد والتي تؤدي إلى إما إلى عدوان تجاه الجسم عن طريق تناول كميات كبيرة

من الطعام وكأنه يتتحر بمزيد من الأكل، أو الامتناع تماماً عن الأكل وكلا الموقفين – (عدم الأكل أو الشره - عدوان يصبه الفرد ويوجهه تجاه الذات).

وإضافة إلى اختلال إدراك صورة الجسم، وفي كل الأحوال فإن الكثير من المعالجين لحالات اضطراب الأكل يلفتون النظر ويؤكدون من خلال الخبرة على ضرورة تعديل طريقة التحليل النفسي الكلاسيكي في العلاج وإن الحالة وتاريخها أو نوع الاضطراب وطبيعة البيئة أو الأسرة التي يتواجد فيها الشخص لابد من أخذ كل هذه العوامل وغيرها في الاعتبار. (Kaplan, et al. 1994)

2. العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavior therapy CPT

كان العلاج السلوكي المعرفي هو أنجح طرق العلاج المستخدمة مع حالات فقدان الشهية وقد استخدمه وفضله العديد من الدارسين، والذين استخدموا كلاً من:

العلاج السلوكي المعرفي التجريبي المعتمد على الاكتشاف الفردي، العلاج النفسي والعلاج السلوكي المعرفي، والعلاج السلوكي الأسري، والعلاج السلوكي الفردي. وقد نجحت كل هذه الأساليب العلاجية في تصحيح العديد من الأفكار الخاطئة لدى اضطرابات الأكل، وفي خفض الصراع بين المريض ووالديه، وخفض معدل التواصل السلبي بين المريض وأسرته، والتحسن في سلوك تناول الأكل، وتعديل تشوه صورة الجسم، وخفض التوتر الانفعالي العاطفي، والرضا عن الذات لدى هذه الحالات المضطربة. (زينب شقير: 2004: 51).

يتضمن العلاج المعرفي السلوكي ثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى: يطلب فيها المريض أن يراقب بعناية سلوكه المتعلق بتناول الطعام، وطرق التخلص منه بعد تناوله، وتحديد نموذج أو نمط الأكل المنتظم، وإبلاغ المرضى بالنتائج السلبية للتقيؤ الاصطناعي.

المرحلة الثانية: تتضمن طرق التعلم المتعلق بالأكل، ووزن الجسم، وتحدي أو مقاومة المعتقدات الزائفة والاتجاهات المختلفة، وفي هذه المرحلة يتم تزويد المرضى بالاستراتيجيات المتعلقة بحل المشكلات، وعلى الأخص المشكلات التي تتعلق بتناول الطعام بسرعة وشراهة.

المرحلة الثالثة: تختص بمراقبة التقدم وتثبيت المزيد من التدريب المعرفي، والتركيز على استعمال أساليب منع الانتكاسة للتأكد من المحافظة على التغيير الذي يلي العلاج.

إستراتيجية المراقبة الذاتية Self – Monitoring

إن التقدير أو القياس الدقيق والشامل للسلوك المتعلق بالمشكلة يعد جزءاً أساسياً لأي تدخل علاجي، وبالتالي فإن الشخص الذي يعاني من اضطرابات الأكل يطلب منه أن يحتفظ بسجل دقيق للسلوك المتعلق بالأكل، وطرق التخلص منه بعد تناوله وذلك لتأسيس الخطوط القاعدية، وهذه المراقبة الذاتية تكون مفيدة لأنها تعمل على إيجاد تغذية مرتدة للعميل أو المريض عن المستويات، والتوقيت، والأنماط لسلوكيات المشكلة، والوعي والإدراك لمثل هذه الجوانب ويؤدي إلى ضبط النفس. (مجدي الدسوقي: 2006، 228)

إعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring

تكون المعارف المتعلقة بالوزن والشكل راسخة بدرجة كبيرة في عقل الأفراد فهي بمثابة معتقدات أساسية تشكل الافتراضات الأساسية التي تحكم أو تسيطر على أفكار الفرد وسلوكه؛ وهذه الافتراضات تكون شرطية غالباً على سبيل المثال: "إذا لم أكن الأفضل في كل شيء فإن الناس سيحتقرونني" وهذه الافتراضات تكون مدفونة بعمق داخل مخ الفرد، وقد تكون مرتبطة بتجارب سابقة لصدمات مر بها الشخص، وتكون عادة مطلقة وغير شرطية على سبيل المثال:

"لست شخصاً مميزاً" "أنا غير محبوب ومثير للاشمئزاز، وممل" وتعد مثل هذه الافتراضات الأساسية والأفكار الأولية غير الموائمة أكثر صعوبة ومستهلكة للوقت في تحديدها وعلاجها بدرجة أكبر من الأفكار الذاتية.

ومن المعروف إن العلاجات السلوكية تركز على الأعراض دون بحث الأسباب. (سواء القريبة أو البعيدة) والتي تكمن خلف سلوك الاضطراب ولذا تتعدد الوسائل والفنيات السلوكية مثل:

- الإشراط المضاد.
- التحصين التدريجي: من خلال التدريب على إتقان الأساليب الآتية:
  - استجابات الاسترخاء.
  - توكيد الذات.
  - كيفية التعامل مع القلق.
  - التخيل الإيجابي. (تيرنس ولسون، كاتلين بايك: 2002، 661: 858).

إضطراب الإخراج Elimination Disorders

تعد عملية ضبط الإخراج خطوة هامة في تاريخ النمو النفسي للفرد، تؤثر على شخصيته وعلى توافقه النفسي والاجتماعي فيما بعد، ويتوقف هذا التأثير على عمر الطفل ومدى نضج جهازه العصبي والعضلي وعلى طريقة معاملة والديه له خاصة الطرق المتبعة في ضبط الإخراج ويمكن تعريف اضطراب الإخراج على أنه خروج البول أو البراز في أوقات وأماكن غير مناسبة لذلك، ولا يتناسب ذلك مع مستوى نضج الطفل (عماد مخيمر، هبة محمد: 2006، 123).

تحتوي الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية على اضطرابين من اضطرابات الإخراج وهما: التبرز اللاإرادي، والتبول اللاإرادي Encopresis and Enuresis وفقاً للدليل الرابع (DSM IV) يعرف التبول اللاإرادي بأنه التخلص المتكرر من البول في الملابس أو الفراش سواء أكان التخلص إرادياً أو مقصوداً، وهذا السلوك يجب أن يحدث مرتين في الأسبوع لمدة 3 شهور على الأقل، أو يجب أن يحدث قلقاً شديداً ووهناً في العلاقات الاجتماعية والتحصيل الاكاديمي،ويجب ان يكون عمر الطفل الزمني أو العمر النمائي لا يقل عن 5 سنوات.

ويعرف التبرز اللاإرادي Encopresis وفقاً للدليل الرابع (DSM-IV). بأنه طريقة إخراج الفضلات في مواضع غير مناسبة سواء أكان ذلك بطريقة لاإرادية أو مقصودة، وهذا النمط يجب أن يكون سائداً لمدة 3 أشهر على الأقل وعمر الطفل الزمني يجب أن يكون 4 سنوات على الأقل، أو أن يكون مستوى النمو عنده يعادل 4 سنوات.

وهكذا تعرف أمراض الإخراج Elimination disorders بخروج الفضلات أو البول إلى مواضع غير مناسبة بواسطة الطفل الذي من المفروض أن مستواه النمائي يجعله يتحكم في ذلك والتحكم في الأمعاء والمثانة ينمو بالتدريج بمرور الوقت كما أن التدريب على استخدام التواليت يتأثر بعدد من العوامل مثل: قدرة الطفل العقلية، ودرجة النضج الاجتماعي، والمحددات الحضارية والتفاعل النفسي بين الطفل ووالديه، ويتتابع التحكم العادي في وظائف الأمعاء والمثانة، وذلك بالتحكم في التبرز في الليل، والتحكم في التبرز نهاراً، والتحكم المثاني النهاري، والتحكم المثاني الليلي. (حسن مصطفى: 2003، 89: 90).

أشكال اضطرابات الإخراج

أولاً: التبول اللاإرادي Enuresis

تعريف التبول اللاارادي

التبول اللاإرادي من أكثر الاضطرابات شيوعاً في مرحلة الطفولة، وهو عبارة عن الانسياب التلقائي للبول ليلاً أو نهاراً، أو ليلاً ونهاراً معاً لدى طفل تجاوز عمره الأربع سنوات، أي السن التي يتوقع فيها أن يتحكم الطفل بمثانته.

ويمكن أن يكون التبول أولياً primary ، بحيث يظهر في عدم قدرة الطفل منذ ولادته وحتى سن متأخرة على ضبط عملية التبول. أو يكون التبول ثانوياً secondary ، بحيث يعود الطفل إلى التبول ثانية بعد أن يكون قد تحكم بمثانته لفترة لا تقل عن سنه. وفي بعض الأحيان يترافق التبول اللاإرادي بالتبرز اللاإرادي.

ويفسر التبول اللاإرادي فسيولوجياً بأنه عندما يزداد الضغط داخل المثانة، ترسل مستقبلات الضغط الموجودة بجدار المثانة تنبيها إلى الحبل الشوكي ومنه إلى المخ الذي تصدر عنه رغبة التبول، فإذا كانت الظروف غير مواتية فإن قشرة المخ ترسل إشارات أو نبضات تزيد من مرونة المثانة وإحداث ارتخاء بها يخفض الضغط داخلها، أما إذا كانت الظروف مناسبة فإن القشرة المخيه ترسل إشارات إلى المنطقة العجزية من الحبل الشوكي التي تصل عبر الأعصاب المسببة للانتصاب فتنبه جدار المثانة وترخي العضلة العاصرة الداخلية، وترخي عضلات المنطقة الشرجية وتنقبض عضلات جدار البطن ويهبط الحجاب الحاجز مع الوقوف المؤقت للتنفس فيزيد الضغط داخل البطن فيضغط على جدار المثانة من الخارج مما يزيد الضغط داخلها ويؤدي إلى التفريغ (سوسن شاكر مجيد : 2008).

ويعرف بأنه حالة انسكاب البول لاإرادياً ليلاً أو نهاراً أو ليلاً ونهاراً معاً لدى طفل تجاوز عمره 3– 4 سنوات وهو السن الذي يتوقع عنده التحكم دون أن يكون هناك سبب عضوي خلف ذلك. (زكريا الشربيني : 2002 ، 54).

أما إذا كانت الظروف مناسبة للتبول فإن القشرة المخية ترسل إشارات إلى المنطقة العجزية من الحبل الشوكي التي تصل عبر الأعصاب فتنبه جدار المثانة فترخي العضلة العاصرة الداخلية، ويثبط مركز المتحكم في العضلة العاصرة الخارجية بفعل منعكس... بالإضافة لذلك: فإنها ترخي عضلات المنطقة الشرجية وتنقبض عضلات جدار البطن، مع هبوط الحجاب الحاجز والتوقف عن التنفس: فيزداد الضغط داخل البطن فيضغط جدار

المثانة من الخارج مما يزيد الضغط داخلها بدرجة عالية تساعد على تفريغها . (محمود حمودة: 1991: 245- 246).

نسبة انتشار التبول اللاارادي

مع التقدم في العمر تقل نسبة حدوث التبول اللاإرادي ، ففي سن 5 سنوات قد تكون النسبة من 15-20٪ بينما الأطفال الأكبر من 5 سنوات قد تكون النسبة 7٪ عند الأولاد ، 3 ٪ عند البنات، وفي سن 10 سنوات تصبح النسبة 3٪ للأولاد ، و2٪ للبنات. أما البالغين تصبح النسبة 1٪ تقريباً.

تقل معدلات حالات التبول اللإرادي بتقدم العمر حيث ينتشر بنسبة 82٪ في سن عامين، ونسبة 49٪ لثلاث سنوات، 26٪ لأربع سنوات، 7٪ لخمس سنوات ويستطيع معظم الأطفال أن يتحكموا في المثانة بدخولهم المدرسة عدا اللذين توجد لديهم مشكلات جسمية أو نفسية تستوجب علاجاً. (عبد الله عسكر: 2005: 75).

أشكال التبول اللاإرادي

1. التبول اللاإرادي الأولي: primary Enuresis: وهو التبول الذي يبدأ منذ ميلاد الطفل، ولا يتمكن من ضبطه لعدم الوصول إلى النضج العضوي، وهو ينتشر بنسبة تصل إلى 86٪ في المتوسط من الأطفال. (حسن مصطفى:99,2003).
2. التبول اللاإرادي الثانوي Secondary Enuresis: وهو التبول الذي يكون مسبوقاً بفترة تحكم وضبط للعملية بشكل جيد لفترة تتراوح بين ستة شهور وسنة، بعدها يعود إلى التبول اللاإرادي، وهو يتأثر بالظروف الأسرية و الاضطرابات الانفعالية. (زكريا الشربيني : 1994، 64).
3. التبول اللاإرادي الليلي Nocturnal Enuresis: وهذا النوع هو الغالب حيث يحدث إخراج البول أثناء النوم فقط، وتصل نسبته إلى حوالي 66٪ من حالات التبول اللاإرادي،....وفي أغلب الحالات يستيقظ الطفل دون أن يتذكر حلماً ولا يذكر أنه تبول، وعادة يحدث التبول خلال الثلث الأول من النوم، وفي حالات قليلة يحدث خلال فترة النوم المصحوب بحركة العين السريعة (R.E.M) ، وهي التي قد يذكر الطفل فيها حلماً خلال عملية الإفراغ، كأن يحلم بأنه يبول داخل دورة المياه أو أنه في بحر أو بانيو يقوم بالاستحمام، وقد يقرر المراهق أنه كان يمارس أفعالاً جنسية أثناء نومه. (زكريا الشربيني 1994: 64).

4. التبول اللاإرادي النهاري Diurnal Enuresis: وهو يحدث نهاراً خلال ساعات اليقظة وينتشر بنسبة تتراوح بين 2,5-5٪ من حالات التبول اللاإرادي،حيث يظهر بين أطفال السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية مما يسبب للطفل الخجل والارتباك فيضغط بيده على عضوه أو يضم رجليه بسرعة وقت نزول البول ولكن دون جدوى.
5. التبول اللاإرادي الليلي / نهاري Noctornal- Diurna Enuresis: ويمثل نسبته ما يقرب من ثلث حالات التبول اللاإرادي، حيث يتكرر التبول اللاإرادي في الليل والنهار على حد سواء.
6. التبول اللاإرادي المزمن Chronic Enuresis: وهو يحدث بشكل انتكاسي بعد شفاء مؤقت لفترة ربما تطول مدتها، وربما فشلت أنواع وطرق العلاج الدوائي والنفسي والإرشادي السلوكي، ويؤدي إلى سوء تصرفات الطفل وتصاحبه اضطرابات نفسية، ويرجع إلى أسباب عضوية وعصبية ونفسية، وقد يكون للدوافع اللاشعورية (كالرغبة في جذب الانتباه والاهتمام من الأم أو الرغبة في الانتقام) دور في استمرار المشكلة.
7. التبول اللاإرادي المصاحب للأحداث Episodic Enuresis: وهذا النوع من التبول يصاحب أحداثاً محددة ترتبط بالخوف والقلق كالشجار الأسري، الامتحانات، سفر الأب أو الأم، قدوم مولود جديد أو الاحتفال بعيد ميلاد أخيه، أو وفاة أحد والديه.
8. التبول اللاإرادي غير المنتظم Irregular Enuresis: وهي حالات متباعدة ومبعثرة من التبول اللاإرادي ، ترتبط بأحداث اليوم أو الليلة التي حدث فيها، وتختفي لتظهر بعد شهر، وقد يعود مرة أخرى بعد ثلاثة أشهر أو أكثر أو أقل حسب الظروف. (زكريا الشربيني : 1994، 65-66).

أسباب التبول اللاإرادي

توجد أسباب عديدة للتبول اللاإرادي وربما يرجع التبول اللاإرادي إلى أحد هذه الأسباب أو أكثر.

1. الأسباب الفسيولوجية

ضعف صمامات المثانة، أو صغر حجم المثانة الوظيفي رغم حجمها الطبيعي، وهنا يكون تحملها لكميات البول ضعيفاً، فالمشكلة في ضيق المثانة الوظيفي الذي يمكن تفسيره كأحد أعراض القلق. (محمود حمود: 1991، 249).

- التهاب حوض الكلية، أو التهاب المثانة، أو التهاب الحالب، أو وجود حصوات في الكلية أو الحالب أو المثانة.
- التهاب مجرى البول في الذكور أو الإناث.
- العامل الوراثي والعامل المجهول X Factor
- عدم نضج الجهاز العصبي.
- تضخيم اللوزتين والزوائد الأنفية.
- الاضطراب الهرموني.
- الانهماك العصبي وفقر الدم، ونقص الفيتامينات مما يؤدي إلى عدم السيطرة على عضلات المثانة. (حسن مصطفى : 2003، 105: 107).

الغالبية العظمى من الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي ليلاً أصحاء من الناحية الجسمية، وعاديون من الناحية العقلية ولكن توجد بعض الاضطرابات الفسيولوجية المسئولة عن التبول اللاإرادي منها:

1. أمراض الجهاز البولي.
2. تلف النخاع الشوكي أو أذى بالعمود الفقري.
3. تهيجات المنطقة التناسلية.
4. العامل الوراثي والعامل المجهول Xfactor
5. فقر الدم ونقص الفيتامينات.
6. تضخم اللوزتين والزوائد الأنفية .
7. عدم نضج الجهاز العصبي.
8. الاضطراب الهرموني.
9. نقص كمية السوائل بالجسم. (عماد الزغول:128,2006).

2. الأسباب الاجتماعية التربوية

- الحماية الزائدة للأطفال مما يجعل التبول اللاإرادي شيئاً سهلاً لا يعاقب عليه من قبل الآباء .
- عدم تدريب الطفل على التبول وتنظيم مواعيد الحمام له، ومراقبته ومثابته عند الانتظام على التبول وعدم مكافأته عندما يخفق في التبول في الحمام.

- الصراع الأسري بين الآباء مما يجعل الطفل يشعر بعدم الأمن والأمان أو حدوث طلاق بين الزوجين، أو يعيش الطفل مع زوجة أبيه أو زوج أمه.
- وفاة أحد الوالدين قد يكون السبب وراء هذه المشكلة .
- الغيرة من الإخوة أو الأصدقاء.
- التبكير في تدريب الأطفال على التبول.
- قد يكون التبول اللاإرادي نوعاً من أنواع العقاب يفرضه الطفل على أحد والديه نتيجة سوء العلاقة بينهما. (زكريا الشربيني: 2002: 58: 59).

3. **الأسباب النفسية**

- الخوف: وهو يتمثل في خوف الطفل من الحيوانات أو الجثث أو شكل الموتى أو الخوف من العقاب أو الخوف من الشجار داخل الأسرة أو الخوف من أفلام الرعب. (حسين مصطفى: 2003: 108) (زكريا الشربيني / 2002، 59).
- القلق : إن الاضطراب النفسي، واحتضان القلق يزيد توتر الأطفال وينمي القلق ويضخمه، وتكون النتيجة استمرار العادة، وعودة الحلقة المفرغة: قلق ثم عرض ثم زيادة في القلق، واستمرار العرض – أي إصرار التبول. (محمود حمودة ، 1991، 250).
- الغيرة: غالباً ما يحب الأطفال أن يكونوا موضع اهتمام الوالدين وحينما يولد طفل صغير، فمعنى ذلك أن هذا الطفل سوف يشترك معه في محبة الوالدين ورعايتهما، فيشعر الطفل بالخوف من فقدان الاهتمام والرعاية والغيرة من مصدر الفقدان (طفل جديد مثلاً)، وقد يدفع ذلك الطفل الغيور إلى النكوص واستخدام أسلوب طفلي. (زكريا الشربيني : 1994، 69).
- العناد: يتبول الطفل كتعبير عن غضبه من والديه وذلك نتيجة القسوة من قبل الوالدين لتأديب الابن وذلك في حالات العقاب البدني، مما ينعكس على الطفل فيتبول على نفسه كعقاب للوالدين، أو المشي إلى حجرة والديه. ويتبول فيها بدون خلع الملابس ثم يعود لفراشه مبتلا، وهذا الشعور عندما يتملك الطفل بأنه منبوذ من قبل والديه. محمد غالي ، رجاء أبو علام: 1974، 567- 568).
- الاكتئاب : لقد أتضح أن سبباً رئيسياً من الأسباب النفسية للطفل لكي يتبول هو شعوره بالاكتئاب والحزن الشديد.
- الشعور بالحرمان العاطفي.

- مشاعر الذنب: اتضح أن المعايرة واستعمال ألفاظ التحقير بسبب التبوال كثيراً ما تبعث في الطفل حالة من القلق الذي يأخذ صورة الحساسية الزائدة بالنفس، لدرجة أن بعض الأطفال يخشون المبيت خارج المنزل عند أحد الأقارب، أو يخافون الذهاب للمدرسة خشية أن يشم الأطفال رائحة ملابسهم فيعيروهم بالبوال، أو عندما يتعرض الطفل للعقاب من أحد المدرسين فيتبول على نفسه فيشعر في هذا الموقف بالخزي والعار مما يترتب عليه عدم الذهاب للمدرسة حتى لا يتكرر هذا الموقف. (محمد غالي ، رجاء أبو علام: 1974، 570).

تشخيص التبول اللاإرادي

أورد الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية في طبعته الرابعة DSM- IV (1994) المحكات التشخيصية التالية:

1. التخلص المتكرر من البول في الفراش أو الملابس.
2. أن يكون السلوك المستوفى إكلينيكياً كما يظهر في الأعراض – وهي إما تكرار الحدث مرتين أسبوعيا لمدة 3 شهور متتالية على الأقل، أو وجود قلق ذي دلالة إكلينيكية أو ضعف في العلاقات الاجتماعية والوظيفية.
3. يكون العمر الزمني 5 سنوات على الأقل.
4. ألا يكون السلوك بسبب الآثار الفسيولوجية المباشرة للمواد أو الأدوية المدرة للبول أو الظروف الصحية العامة.

أما الطبعة العاشرة المنقحة للدليل التشخيصي الإحصائي الدولي لتصنيف الأمراض النفسية السلوكية ICD-10 فقد أورد المعايير التشخيصية التالية للتبول اللاإرادي غير العضوي Non- Organic Enuresis.

1. العمر الزمني والعقلي للطفل لا يقل عن 5 سنوات.
2. التخلص اللاإرادي أو المتعمد للبول في الفراش أو الملابس، الذي يحدث على الأقل مرتين في الشهر عند الأطفال دون السابعة ، وعلى الأقل مرة في الشهر عند الأطفال في سن السابعة وما فوقها.
3. لا يكون الاضطراب من جراء نوبات الصرع Opileptic Attacks أو عدم القدرة على التحكم في الأعصاب، ولا يكون ناجماً عن تشوهات تكوينية في مجرى البول، أو أية ظروف صحية أخرى عضوية.

4. لا يوجد دليل على أي مرض عصبي آخر يتماشى مع المحكات الأخرى التي حددها الدليل ICD-10.

ويعتمد التشخيص على عدة مراحل أساسية:

1. المرحلة الأولى (إجراء فحص طبي): وتتناول هذه المرحلة زيارة طبيب الأمراض الجلدية والتناسلية للاطمئنان على الجهاز البولي التناسلي وجهاز الإخراج والتحاليل اللازمة لذلك.

زيارة طبيب الأنف والأذن والحنجرة، وقياس نسبة السكر في الدم.

2. المرحلة الثانية (إجراء الفحص النفسي) ويتضمن:

أ. مقابلة الوالدين: للأخصائي أو الطبيب النفسي لمعرفة ما الأسباب التي تجعل الطفل يتبول، وبداية ظهور التبول اللاإرادي وأوقاته، وتأثيره على تصرفات الطفل، وأسلوب المعاملة الوالدية للابن، وهل توجد أسباب وراء هذه الظاهرة، وما هي المستجدات التي حدثت في الأسرة جعلت هذه المشكلة تظهر، ويتم من خلال مقابلة الوالدين جمع البيانات والمعلومات التي تفيد في تشخيص الحالة.

ب. مقابلة الطفل: يقوم الأخصائي أو الطبيب النفسي بعد مقابلة الوالدين بمقابلة الطفل بمفرده ويتعرف منه على الأشياء التي تضايقه أو الأسباب التي تكمن وراء هذه المشكلة مثل طرح الأسئلة على الطفل، ما هو الشيء الذي يخيفك ؟ هل لديك إحساس بأن والديك يحبانك؟ هل يوجد زميل لك في الدراسة يضايقك أو يحصل على درجات أعلى منك؟ فمن خلال طرح أسئلة عديدة على الطفل يستطيع المتخصص في معرفة الأسباب وراء هذه المشكلة.

ج. إخضاع الطفل للاختبارات والمقاييس النفسية اللازمة، لتحديد أسباب المشكلة مثل، الاختبارات الإسقاطية، واختبارات الخوف، القلق، الاكتئاب، الغيرة، اختبار رسم الأسرة.

النصائح للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي

1. تدريب الطفل على التحكم في عملية التبول، وتشجيعه على القيام ليلاً للذهاب للحمام مع إضاءة الطرقة المؤدية للحمام حتى لا يخاف الطفل، وتيسير الأمور اللازمة لذلك، حتى تيسر للطفل الذهاب للحمام بسهولة ويسر.

2. على الآباء عدم إظهار عيوب الطفل وتوبيخه أمام زملائه أو الضيوف أو الجيران.
3. منع الطفل قبل النوم بساعتين من الأطعمة الحريفة، أو السوائل أو المشروبات التي تدر البول مثل الشاي، المياه الغازية ، وكذلك يجب منع الطفل من أكل الشيكولاتة بكميات كبيرة.
4. إخضاع الطفل للتدرب على الذهاب للحمام قبل النوم بثلاث ساعات وبعدها بثلاث ساعات يستيقظ الطفل لعمل حمام، وعلى الوالدين اكتشاف متى تكون هذه الساعة ربما يتبول بعد ساعتين، فيقوموا بإيقاظه بعد ساعتين، والمهم للآباء عدم اليأس حتى يتم تدريب الطفل على الاستيقاظ بمفرده دو أية مساعدة من الوالدين.
5. عدم معايرة الطفل على سلوك التبول اللاإرادي أمام زملائه أو أخواته بل يجب التحفظ على هذه المشكلة وعدم ذكرها أمام أحد إلا المتخصصين حتى لا تسبب حرجاً وضيقاً للطفل وإحساساً بالشعور بالذنب.
6. بناء ثقة الطفل بنفسه، بأننا عندما يصبح في يوم ما دون عمل تبول على السرير ندعم الطفل بالمكافأة، ونحفزه بالعبارات التي تثني عليه وأنه طفل جيد ، وشاطر وما إلى ذلك.....
7. عدم إحساس الطفل بأنه غير مرغوب فيه ، نتيجة تبوله، بل يجب العكس تماماً إحساس الطفل بأنه كائن مرغوب فيه، وأننا جميعاً نحبه بشدة.
8. استخدام أسلوب التعزيز مع الطفل، فعندما نجد الفراش غير مبلل في الصباح، فنعززه بما يحبه أو إعطاء نجوم له في لوحة النجوم بحيث عندما تكتمل يستبدل هذه النجوم بما يحبه من نقود أو هدية عينية.
9. ضرورة زيارة الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي عندما تصبح المشكلة دون حل ولكن بعد العام الرابع من عمر الطفل.
10. أهمية زيارة الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي، عندما تترتب على التبول اللاإرادي مشكلات متعددة مثل الخجل، الشعور بالذنب، عدم زيارة الأقارب، عدم الذهاب للمدرسة.....الخ.

علاج التبول اللاإرادي

1. العلاج الطبي: لا يعد العلاج الطبي هو أول طريق علاج التبول اللاإرادي بل يجب أن يكون هو آخر طرق العلاج، وذلك عندما تستفحل المشكلة بدرجة تثير القلق وتعيق

الطفل عن القيام بوظائفه فنجد أن الأدوية الأكثر شيوعاً هو التوفرانيل Tofrani: والدكسدرين Dexedrine وهي تحتوي على مركبات كيميائية ضد الاكتئاب والخوف أو القلق. إلا أن هناك انتقادات للعلاج بالعقاقير.

أ. تؤدي إلى آثار سيئة على الطفل وعلى حيويته فهي إما أنها تعمق نوم الطفل فلا يقوى على تفريغ مثانته ويحتفظ بالبول حتى يستيقظ صباحاً، أو أنها تخفف نوم الطفل بحيث يظل متنبهاً إلى حاجته للتبول.

ب. إن أغلب الحالات التي تتردد على العيادات النفسية قد جربت الدواء وثبت عدم جدواه.

ج. إن تعاطي الدواء يجعل الطفل يعتقد أن لديه عيباً عضوياً، وأن الدواء كفيل بشفائه، ولذلك تزيد مقاومته للعلاج النفسي وعدم تعاونه مع الآباء بحجة أنه يأخذ الدواء وفي اعتقاده أنه الحل الأوحد.

2. العلاج السلوكي: وهو من الطرق التي ثبت نجاحها مع التبول اللاإرادي، حيث يستخدم العلاج التشريطي باستخدام جهاز ضبط التبول الذي اخترعه مورر Mourer وهو عبارة عن مرتبة يستخدم الجرس الكهربائي بها، الذي تتصل بدائرته شريحتان من المعدن العليا منها بها ثقوب، وتغطى الشريحتان بطبقة من القماش ينام عليها الطفل، وعندما يتبول الطفل ويبلل الشريحة المعدنية تغلق الدائرة الكهربية ويرن الجرس فيستيقظ الطفل، ونتيجة لتوتر الجهاز العصبي تنقبض المثانة ويتوقف نزول البول ويذهب الطفل إلى الحمام ليفرغ مثانته (وتستمر مدة العلاج بين شهر وثلاثة أشهر فيلاحظ زيادة في عدد الأيام المتميزة بالجفاف لدى الطفل) ..... وقد لوحظ أن معدل نجاح هذا النوع من العلاج 70٪ ولكن نسبة الانتكاسة قد تصل إلى 50٪ وأحياناً تستيقظ الأسرة كلها على صوت الجرس عدا الطفل، كما أن هذا الجهاز لا يصلح للأطفال أقل من سبع سنوات.

وقد أشار ليفيبوند Livibond إلى أن طريقة مور تعتمد على صوت الجرس المزعج الذي يضايق ويزعج الطفل، وربما يدفع إلى استجابة تجنب هذه المنبه حيث يكتسب قيمة تعزيزية سالبة فيحدث تمدد المثانة وارتخاؤها بعد المنبه ... ومن ثم اخترع ليفيبوند جهازاً به إشارتان الأولى لمدة ثانية (صوت عربة) يوقظ النائم ويؤدي إلى التوتر وتقلص المثانة، ويتبع ذلك صوت جرس خفيف لمدة دقيقة يفيد في استدعاء الأم. وتسمى هذه الطريقة ثنائية الإشارة Tuim Signal Method وعلى نفس النمط توصل كروسبي Crosby إلى

جهاز جديد يستخدم الصدمة الكهربائية عوضاً عن صوت الجرس، فيعطي الطفل صدمة كهربائية بمجرد تبليل الفراش.

3. التدريب على إفراغ المثانة Bladder Training: وفي هذا التدريب نساعد الطفل على تناول كميات كبيرة من السوائل أثناء النهار ونطلب منه تأجيل التبول لأطول فترة ممكنة من الوقت ، بحيث من خلال التدريب تزداد الفترة الزمنية لاحتفاظ المثانة مملوءة ، وبناء على ذلك يستطيع الطفل التحكم في المثانة أثناء النوم.

4. الإرشاد الأسري Family Counselling: أصبح الإرشاد الأسري من الأساليب المهمة في علاج معظم المشكلات السلوكية ومنها التبول اللاإرادي، بحيث يقوم المتخصص (الأخصائي النفسي، الطبيب النفسي) بمعرفة التوافق النفسي بين الطفل وأسرته وليس هذا فحسب بل وبين زملائه،وهل يشعر الطفل بالأمن والأمان.....، ومحاولة معرفة الطفل عن شعوره عندما يولد له أخ صغير، ويجب إرشاد الوالدين أن تكون المشكلات الحياتية بينهما في غرفة مغلقة وعدم معرفة الطفل بها، وعلى الوالدين عدم التدليل الزائد للطفل، ويجب على الأسرة أن تبني ثقة الطفل بذاته.

5. العلاج النفسي: إن العلاج النفسي بمفرده غير كاف لعلاج التبول اللاإرادي ، بل يصبح له أثر فعال عندما يعالج مشكلة مثل الخوف ، القلق، الاكتئاب ومن ضمن أعراض هذه المشكلة التبول اللاإرادي أي مصاحبة لهذه المشكلة النفسية فعندما تعالج هذه المشكلة النفسية يمتنع الطفل عن التبول اللاإرادي.

ومن الأساليب الحديثة في العلاج النفسي، العلاج باللعب، العلاج بالرسم.

ثانياً :سلس التغوط أو التبرز

تعريف سلس التغوط

يعرف التبرز اللاإرادي وفقاً لـ DSM-IV-TR على أنه طريقة التخلص من الفضلات في أماكن غير ملائمة سواء بطريقة مقصودة أو لا إرادية، ويستمر هذا النمط على الأقل لمدة 3 أشهر، ويكون عمر الطفل الزمني أو النمائي على الأقل 4 سنوات .

وله شكلان التغوط الأولي: ويظهر لدى الأطفال الذين لم يسبق لهم نهائياً التحكم أو ضبط الغائط لمدة عام على الأقل، والتغوط الثانوي: وهو الذي يظهر لدى أطفال سبق لهم ضبط الغائط مدة لا تقل عن عام (زكريا الشربيني، 2002، 66).

نسبة انتشار سلس التغوط

وقد وجد أن 2.3٪ من الصبيان الذين تجاوزوا الثماني سنوات و0.7٪ من أمثالهم من البنات مصابون به ، لكن هؤلاء يتناقصون بنسبة 28٪ كل سنة ، وحتى تختفي العادة نهائياً عند سن السادسة عشرة ، أما باستعمال العلاج فقد ينقطع التبرز خلال الشهرين أو ثلاثة أشهر ، وهو نادر عند الكبار والمراهقين إلا في حالات المتخلفين عقلياً (سعيد حسني، 2002 ب : 151).

وانتهت نتائج دراسة هيل وشيرني (Hale &Shirley , 2006) إلى أن معدل انتشار الغائط لدى عينة من الأطفال بلغ عددها 2.406 كانت 2.9٪ ، و62٪ من هذه العينة كانوا من حالات التخلف العقلي متوسط الدرجة ، و102 لديهم ذكاء متوسط ، و33 لديهم نسب ذكاء 80 أو أكثر.

ويصاحب التبرز اللاإرادي شعور الطفل بالخجل والارتباك ، وقد يتجنب المواقف الجماعية التي تسبب ارتباكه ، وفي حالات تعمد التبرز يصاحب بالأعراض السلوكية المضادة للمجتمع. وقد لوحظ أن 25٪ من الأطفال المصابين بالتبرز اللاإرادي لديهم تبول لاإرادي وأحياناً نقص الذكاء والنسلية (محمود حمودة ، 1991 ، 242).

أسبابه: قد يرجع إلى عوامل عضوية مثل مرض هرشبرنج Hirschsprung Disease الذي يصيب الأمعاء الغليظة ويسبب الإمساك ومن ثم خروج الغائط لا إرادياً ، وربما عاد الأمر إلى الإمساك لفترات طويلة فيحدث فيض من الغائط ؛ وعوامل عقلية مثل نقص الذكاء ، أو عوامل نفسية مثل الشعور بالغيرة المصاحب لولادة شقيق آخر ، أو إلى أساليب التدريب القاسية(زكريا الشربيني ، 2002، 67).

وقد يعزى التبرز اللاإرادي إلى ميول عدوانية لدى الطفل وتثبيت في المرحلة الشرجية حيث يعبر التبرز عن العدوان والنزعات التدميرية لدى الطفل في حالة وجود سلطة قاهرة (حسن مصطفى ، 2003 - أ ، 91).

معدلات انتشار اضطرابات الإخراج لدى ذوي الاحتياجات الخاصة تتعدد المشكلات السلوكية التي يبديها الأطفال المعوقون فهناك مشكلات مرتبطة بعمليات الإخراج، وأخرى مرتبطة برعاية الطفل ذي الحاجات الخاصة الذي يظهر مشكلات سلوكية خارج نطاق الأسرة(Warfield & Hauser-Cram, 1996).

معدلات انتشار اضطراب سلس التغوط لدى الأطفال المعوقين المقيمين بإعاقات متوسطة يكون 6٪ ، بينما كان 16٪ لدى المعوقين المقيمين بإعاقات شديدة الدرجة ، و45٪ لدى المعوقين المقيمين بإعاقات عميقة(Salovilita, 2002).

أسفرت نتائج دراسة بومر وآخرون (Bohmer et al ., 2001) عن ارتفاع معدلات الإمساك لدى المتخلفين عقلياً ،المشكلات السلوكية المتعلقة بالأكل والنوم والتدريب على استخدام الحمام من الشائع وجودها لدى التوحديين. وقام أندو (Ando , 1977) بتدريب الطفل التوحدي على ضبط البول من خلال تطبيق فنيات السلوكية الإجرائية. وانتهت نتائج دراسة وليامز وآخرون(Williams et al ., 2004) إلى التأكيد على انتشار اضطرابات الأكل لدى الأطفال التوحديين.

علاج اضطرابات الإخراج

1. تستخدم الأدوية في علاج البول، من ذلك العقاقير المضادة للاكتئاب مثل عقار Paranate وعقار Nardil وخاصة لعلاج التوترات الانفعالية الناجمة عن المعاناة من البول، ولقد تبين أن عقار Imipramine يساعد في التحكم في البول، وكذلك في علاج التبرز اللاإرادي (عبد الرحمن العيسوي، 2004: 188).
2. استخدام أحد مركبات البلادونا في بعض الحالات، حيث تساعد هذه الأدوية المثانة البولية على الاحتفاظ بالبول لفترة أطول(عبد اللطيف موسى، 1985 ، 79).
3. العلاج النفسي الفردي والجماعي والذي يهدف إلى تقليص التوتر الانفعالي والقلق والاكتئاب، والإقناع والإيحاء وبث الثقة بالنفس واستخدام برامج تعديل السلوك المختلفة.
4. وفي حالة التبول ضع لوحة النجوم : اطلب من الطفل أن يسجل الليالي الجافة والأخرى المبللة ويعطى نجوماً ذهبية على الليالي الجافة وليكافأ الطفل كأن يمضي بعض الوقت على انفراد وعلى حين يتجاهل الأبوان الليالي المبللة بحدحان الطفل على الليالي الجافة.
5. في وقت النوم اجلس مع الطفل مدة من 10–15 دقيقة وحدثه حديثاً يسعده ، لكي ينام مسترخياً وهو يحس بمحبتك ودعمك له .
6. العقوبة: بعض الآباء يُبدلون الشراشف بعد تبول الطفل ويقومون بغسيل كل شيء وهذه نتيجة منطقية، ولا يجوز أن يوبخ الطفل أثناء هذه العملية. ويطلب من الطفل أن

يوقع على لوحة على ثلاجة فيها ذكر لليلة السابقة جافة أم لا، وإذا نسي أن يوقع يغرم ويمنع الطفل من تناول السوائل بعد السادسة إلى أن تمر 14 ليلة جافة، وقد نجح هذا الأمر لأن الطعام والشراب قد يكونان أحد الأسباب المسؤولة عن التبول (سعيد حسني، 2002- ب : 149).

7. استخدم التدريب القائم على الاشراط الإجرائي بنجاح للتحكم في عملية الإخراج لدى الأطفال المتخلفين عقلياً المقيمين بالمؤسسات (Ellis , 1963; Osarchuk, 1973)، وستخدم التعزيز، وإجراءات التسلسل بنجاح مع الطفل التوحدي.

اضطراب التعلم (صعوبات التعلم) Learning Disabilities

تعريف صعوبات التعلم

إن الطفل ذا صعوبات التعلم قد يكون عادياً أو متميزاً خارج نطاق صعوبته أو خارج السبب الذي شكل صعوبات محددة، وليست صعوبات مطلقة، وظهر مصطلح صعوبات التعلم في بداية الستينات نتيجة لنقاش طويل بين المتخصصين في مجال الطب ومجال علم النفس ومجال التربية.

وكان كيرك أول من استخدم مصطلح صعوبات التعلم عام (1962)، وأشار كيرك وكالفنت في كتابهما صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية، والذي قام بترجمته السرطاوي والسرطاوي (1988) إلى إنشاء جمعية الأطفال ذوي صعوبات التعلم Association For Children With Learning Disabilities عام (1963) والتي توصلت إلى أن هذه الشريحة تشمل مجموعة كبيرة من الأطفال الذين يحتاجون رعاية خاصة غير متضمنة للإعاقات العقلية والسمعية والبصرية والانفعالية، لأن مظاهر صعوبات التعلم قد تشترك مع بعض المظاهر السالفة الذكر.

توصلت هذه الجمعية إلى أن مسمى صعوبات التعلم أفضل من استخدام الإعاقات الأخرى مثل إصابة الدماغ (Brain Injured) أو الخلل الوظيفي الدماغي البسيط Minimal Brain Dysfunction أو التسميات المحددة مثل عسر أو احتباس الكلام (قصور اللغة) Aphasia or Dysphasia أو التسميات المحددة مثل عسر القراءة (اضطراب القراءة) Dyslexia or Alexia، الحبسة الرياضية (العجز عن إجراء العمليات الحسابية البسيطة) Dyscalculia أو عسر الكتابة (Dysgraphia or Agraphia) وغيرها من المسميات.

وقد توصلت هذه الجمعية إلى أن الطفل الذي يعاني من صعوبات في التعلم هو طفل عادي من حيث القدرات العقلية والحسية والانفعالية لكنه يعاني من صعوبات في عمليات الإدراك والتفكير والتذكر، والتي تؤثر سلباً في تعلمه، ونتيجة لاختلاف وجهات النظر حول مصطلح صعوبات التعلم قامت الجمعية الأمريكية بتكوين لجنة لوضع تعريف لصعوبات التعلم وقد توصلت إلى أن صعوبات التعلم مفهوم عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تتمثل في درجة دالة من الصعوبة في اكتساب واستخدام أي من مهارات الإصغاء والكلام والقراءة والكتابة والحساب وتتصل بمشكلات داخلية.

إن تعريف صعوبات التعلم أصبح متضمناً وينقسم إلى جزئين رئيسيين:

الجزء الأول: يحدد صعوبات التعلم بأنها اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات السيكولوجية الأساسية الخاصة بالتعلم والتي تتضمن: الفهم، أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة. والاضطراب يجب أن يكون واضحاً في نقص القدرة في مهارات: الاستماع، أو التفكير، أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة، أو الهجاء، أو في إجراء العمليات الحسابية. وهي تشتمل على ظروف خاصة مثل: الإعاقة الإدراكية، أو إصابة المخ، أو تلف جزئي في عمل المخ، أو عسر الكلام Dyslexia، أو الأفازيا النمائية (الصعوبة في التعبير عن الأفكار عن طريق الكلام والناشئة عن خلل في القدرة على التفكير).

وهذا التعريف لصعوبات التعلم لا يشمل مشكلات التعلم الناتجة أساساً عن الإعاقة البصرية، أو السمعية، أو الحركية، أو التخلف العقلي، أو الاضطراب الانفعالي، أو الظروف الثقافية أو البيئية المعوقة، أو المشكلات الاقتصادية.

الجزء الثاني: يتحدد الطفل الذي يعاني من صعوبات التعلم بأنه الطفل الذي يتميز بما يلي:

1. عدم القدرة على التحصيل بما يتناسب وعمره ومستوى قدراته في واحدة أو أكثر من مجالات الخبرات التعليمية.
2. وجود تباعد كبير بين تحصيل الطفل وقدرته العقلية والمعرفية في واحدة أو أكثر من المجالات التالية: التعبير الشفهي، الإدراك السمعي، التعبير الكتابي، مهارات القراءة الأساسية، فهم نص مقروء، إجراء العمليات الحسابية، الاستدلال الحسابي (الرياضي).

الانتقادات التي وجهت لهذا التعريف

أ. أنه يفتقر إلى التحديد، وبعض المفاهيم والمصطلحات التي يتضمنها تتميز بالعمومية مثل عبارة: العمليات السيكولوجية، وعدم تعرض التعريف للجهاز العصبي المركزي كإطار مرجعي يؤثر على الإدراكية الحركية وبالتالي على المهارات الأكاديمية.

ب. إن استبعاد الحالات التي يرجع السبب فيها إلى التخلف العقلي أو الاضطراب الانفعالي أو الحرمان الثقافي لا يعتبر منطقياً إلى حد بعيد.

ج. كما أن استبعاد الحالات لا يميز بين الصعوبات الدراسية المؤقتة والصعوبات الدراسية المزمنة. (محمد علي كامل: 1996، 23، سعيد دبيس: 1994: 26-27).

تعريف اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم National Joint Committee on Learning Disabilities

حيث اعتبرت أنه مصطلح يشير إلى مجموعة متباينة من الاضطرابات تظهر نتيجة لصعوبات جوهرية في اكتساب واستخدام قدرات الاستماع، الكلام، القراءة، الكتابة، الاستدلال (القدرات الرياضية)... وتعتبر هذه الاضطرابات داخلية في الفرد وناتجة عن وجود خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي؛ وليست ناتجة بصورة مباشرة عن تأثير إعاقات أخرى مثل: الإعاقات الحسية أو التخلف العقلي أو الاضطرابالانفعالي، وغير متأثرة بعوامل بيئية مثل الاختلافات الثقافية أو التعلم غير المناسب.

إن صعوبات التعلم ليست مقتصرة على مرحلة عمرية دون غيرها بالرغم من أنها تختلف في أشكالها وفق المرحلة العمرية، فمثلاً تظهر صعوبات التعلم في مرحلة ما قبل المدرسة من خلال بعض المظاهر كالجانب الحركي أو تطور اللغة والكلام. فقد نجد صعوبة في المهارات الحركية الكبيرة كالمشي، والقفز أو صعوبة التعبير عن نفسه، والتواصل مع الآخرين.

قد تكون زيادة نسبة صعوبات التعلم عند الذكور عنها عند الإناث تعود إلى عوامل بيولوجية بسبب أنهم أقل نضجاً من الإناث إذ يقدر أن تعظم المراكز العظمية والنمو العصبي لدى الإناث عند الميلاد أسرع من مثيلاتها لدى الذكور بمدة تتراوح بين 3-6 أسابيع وقد يصل هذا الفرق في النضج إلى حوالي سنتين.

المحكات التي استخدمت في تحديد صعوبات التعلم

1. **محك التباين Discrepancy Criterion**: ويقصد به التباين بين القدرات الحقيقية للفرد والأداء، وقد يكون التباين في الوظائف النفسية واللغوية، وقد ينمو بشكل طبيعي في وظيفة ما ويتأخر في أخرى فمثلاً قد ينمو بشكل طبيعي في اللغة، ولكنه يتأخر في الجانب الحركي، وقد يكون العكس فينمو في الجانب الحركي لكنه يعاني من قصور في اللغة. أو يكون التفاوت بين القدرة العقلية العامة أو القدرة العقلية الخاصة والتحصيل الدراسي. إن محك التباين للصعوبات التعليمية يزداد إذا كانت المقارنة بين القدرات العقلية للمتفوقين عقلياً والجانب الأكاديمي وخاصة فيما يتعلق بالقراءة والكتابة والحساب.
2. **محك الاستبعاد**: وهو الذي يعتمد على التشخيص الدقيق بين صعوبات التعلم والإعاقات الأخرى لأن مظاهر صعوبات التعلم والإعاقات الأخرى مثل الإعاقة العقلية والإعاقة الانفعالية مشتركة.
3. **محك التربية الخاصة**: إن فكرة محك التربية الخاصة هي أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يصعب عليهم التعلم وفق الطرق التقليدية المتبعة مع الأطفال الذين ليست لديهم صعوبات تعلم. كما أن الطرق الخاصة بالإعاقات الأخرى والمستخدمة مع المعوقين سمعياً وبصرياً وعقلياً هي الأخرى قد لا تتناسب مع ذوي صعوبات التعلم، وإنما يحتاجون إلى طرق خاصة.

وقد استبعد (فتحي عبد الرحيم: 1992) محك التربية الخاصة وأضاف محكين آخرين هما:

4. **محك صعوبات النضج**: إن كثيراً من الذكور وبعض الإناث في سن الخامسة أو السادسة يعانون من مشكلات إدراكية أو حسية أو حركية لها الأثر الكبير في تعلم التمييز بين الحروف الهجائية، وهذا يعني أن اضطرابات في النمو الذي يعود إلى خطأ أو عيب وراثي والذي يرتبط بوظيفة من وظائف النضج هو المسبب للصعوبات في تعلم الكلام واللغة.
5. **محك العلامات النيرولوجية (المحك الطبي)**: يركز هذا المحك على التلف العضوي أو النيرولوجي لتعرف على صعوبات التعلم أما العلامات النيرولوجية فقد تكون بسيطة أو شديدة، وأما العلامات النيرولوجية الشديدة فهي ناتجة عن تلف أو إصابة في الجهاز العصبي المركزي والذي يسبب مشكلات في التعلم ومشكلات في السلوك.

تصنيف صعوبات التعلم

إن التصنيف التقليدي لصعوبات التعلم والتي تذكره كثير من المراجع هي صعوبات تعلم نمائية وصعوبات تعلم أكاديمية.

والأولى هي الأسباب الأولية أو الأساسية التي تؤثر في الجوانب الأكاديمية كما تتأثر درجتها بمسبباتها وعلى أية حال لابد لنا أن نلقي الضوء على هذين التصنيفين:

1. صعوبات تعلم نمائية (نفسية): النظرة العملية والموضوعية للإنسان بأنه كل متكامل وليس أجزاء متفرقة لذلك يمكن القول بأن أي قصور في أي جانب لا يقتصر أثره على الجانب ذاته وإنما ينعكس على جوانب أخرى، فالقصور في عمليات التفكير، الذاكرة، الإدراك، الانتباه هي عمليات عقلية في غاية الأهمية سيكون لها تأثيرها السلبي في اكتساب اللغة والمعرفة مما ينعكس بدوره على ظهور صعوبات تعلم لدى الفرد.
2. صعوبات تعلم أكاديمية: إن صعوبات التعلم الأكاديمية ترتبط بشكل أساسي بصعوبات التعلم النمائية ويمكن القول في هذا الصدد أنها نتيجة للقصور في عمليات التفكير والإدراك والانتباه والتذكر حيث يتعرض الطفل إلى صعوبات في القراءة والكتابة والتهجئة والتعبير الكتابي والإملائي والعمليات الحسابية.

مظاهر صعوبات التعلم

إن مظاهر الصعوبات لا تظهر جميعها على كل فرد يعاني من صعوبات تعلم وإنما قد يظهر مظهر أو أكثر من هذه المظاهر، وقد تختلف هذه المظاهر من فرد إلى آخر نوعاً وكماً وحسب الأسباب التي أدت إليها، وأهم مظاهر صعوبات التعلم هي:

1. المظاهر السلوكية: يتصف ذوو صعوبات التعلم بمظاهر سلوكية كثيرة منها ضعف التركيز والانتباه الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بشرود الذهن والتشتت مما ينعكس بشكل سلبي على تعلمهم. ونتيجة للإخفاقات والفشل المتكرر فيؤدي ذلك إلى سلوك عدواني. دافعيتهم للتعلم بشكل عام منخفضة، كما يظهرون نشاطاً زائداً ونقصاً في الانتباه فهم كثيرو الحركة ولا يستقرون على حال، ويتصفون بالسلوك غير المقبول اجتماعياً.
2. المظاهر اللغوية: تعد الاضطرابات اللغوية من أهم المظاهر التي يتميز بها ذوو صعوبات التعلم ويشير (فاروق الروسان، 1989، عمر جبرين، 1980) إلى:

أ. صعوبة في المقدرة على القراءة أو عسر القراءة أو ما تسمى بـ الديسلكسيا Dyslexia وتتمثل في ضعف أو صعوبة في تعلم القراءة والتهجي، وقصور في التعامل مع ما هو مكتوب.

ب. الصعوبات الخاصة بالكتابة والتي تسمى (Dysgraphia) والتي تتمثل في الخطأ في ترتيب الحروف أو إبدال حرف بحرف آخر، ونقل المادة المتطورة إلى مادة حركية مكتوبة، أو إلى عجز التآزر البصري الحركي أو إلى عجز القدرة على إدراك الرموز.

ج. الصعوبات الخاصة بالحساب والتي تسمى (Dyscalculia) فالطفل ذو الصعوبات التعليمية قد يخلط بين الآحاد والعشرات، وقد يغير الرقم فبدلاً من أن يكتب (42) يكتبها (24) ولا ينهي العمليات الحسابية الأربعة (الجمع، الطرح، الضرب، القسمة).

د. تأخر ظهور الكلام Language Delay ويقصد بذلك تأخر وقت ظهور الكلمة الأولى عند الطفل الذي يتصف بصعوبات التعلم حتى سن الثالثة، وقد يظهر أحياناً صعوبات في اللغة العامة التي يتصل بها مع الآخرين، أو في التعبير الشفهي، أو أخطاء في النطق كالحبسة الكلامية أو التأتأة أو التلعثم أو تغير في الكلمة عن طريق الإبدال أو الحذف أو الإضافة.

3. مظاهر الإدراك البصري: إن الأفراد ذوي صعوبات التعلم لديهم مشاكل على درجات مختلفة في الإدراك البصري فقد يصعب عليهم ترجمة ما يرونه، كما يجدون صعوبة في التمييز بين الأشياء، وإدراك العلاقات بين الأشياء وربطها بعضها ببعض، ويعانون أيضاً من ضعف في التذكر البصري، يعجزون في تحقيق التكامل بين الإبصار وحركة أجزاء الجسم، لذلك فقد يخلط بين الحروف والأرقام، والحروف المتشابهة مثل (ب، ت)، (ق، ف)، (د، ذ) إضافة إلى بطئهم في تعلم الحروف الهجائية وكذلك صعوبة في النسخ.

4. مظاهر الإدراك السمعي: فعندما يعاني الطفل من صعوبات في الإدراك السمعي فهو يجد صعوبة في التذكر السمعي والتمييز السمعي الأمر الذي قد يؤدي إلى عدم الانتباه أثناء الدراسة أو قد يكثر التلفت لمن حوله، وإن الطفل يجد صعوبة في تذكر أصوات الحروف التي تشكل الكلمات وتذكر المعلومات الشفهية، وصعوبة تسلسل المعلومات، وصعوبة تركيب الأصوات.

5. صعوبة في عمليات التفكير: فقد يجد الأطفال ذوو صعوبات التعلم صعوبة في التفكير وخاصة المجرد، ويواجهون صعوبة في تنظيم وتسلسل الأفكار، وتوجد علاقة بين التفكير واللغة، وهي علاقة ديناميكية، فإذا حدثت صعوبة في التفكير فسيكون لها أثرها السلبي في اللغة والكلام.

6. الاضطراب الانفعالي والاجتماعي: إن الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم لديهم اضطراب انفعالي واجتماعي؛ فلا يستطيعون أن يواكبوا أقرانهم من حيث تعلمهم وبناء علاقات اجتماعية بناءة.

وقد يميلون أحياناً إلى الانعزال وعدم الانخراط مع أقرانهم. وهـم يعـانون مـن الإحبـاط نتيجة عدم الإنجاز الأكاديمي، ويرفضون المشاركة في الجماعة، ويلجـأ الـبعض مـنهم إلى العدوان، ولديهم توتر ومشكلات نفسية واجتماعية.

7. تدني التحصيل الدراسي: يعد أهم مظهر يتصف به الأطفال ذوو صعوبات الـتعلم هـو تدني التحصيل الدراسي قد تكون مشتركة مع المعـوقين عقليـاً، لكنهـا عامـة في حالـة الإعاقة العقلية، وإنما تكون في بعض المواد عند الأطفال ذوي صعوبات التعلم. (قحطان أحمد الظاهر: 2004).

أسباب صعوبات التعلم

وقد ترجع أسباب صعوبات التعلم إلى عوامل جينية وقد ذكر كـيرك وكالفنـت عـدة دراسات تشير إلى أثر الوراثة.

1. العوامل الوراثية

إن اضطراب صعوبات التعليم يحـدث دائمـاً في بعـض الأسـر ويكثـر انتشاره بـين الأقارب من الدرجة الأولى؛ فيعتقد أن له أساس جيني؛ فعلى سبيل المثال أن الأطفال الـذين يفتقدون بعض المهارات المطلوبة للقراءة مثل سماع الأصـوات المميـزة والمفـصلة للكلمـات فمن المحتمل أن يكون أحد الآباء يعاني من نفـس المشكلة. وهنـاك مـن يـرى أن صـعوبات التعلم قد تحدث بسبب المناخ الأسري فالآباء الذين يعانون مـن اضـطراب التعبـير اللغـوي تكون قدرتهم على التحدث مع أبنائهم أقل وتكون اللغة الـتي يـستخدمونها مـشوهة وغـير مفهومة. وفي هذه الحالة فإن الطفل يفتقد النموذج الجيد أو الصالح للتعلم واكتساب اللغـة ولذلك يبدو وكأنه يعاني من إعاقة تعلم.

2. أسباب ما قبل الولادة

أ. اضطراب عملية التمثيل الغذائي.

ب. إصابة الأم بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الثلاث الأولى.

ج. تعرض الأم لأشعة أكس خلال الأشهر الثلاث الأولى.

د. إصابة الأم بالأمراض الزهرية، التهاب السحايا، اضطراب الغدد.

ه. سوء التغذية.

ي. تأثير التدخين والخمور وبعض أنواع العقاقير التي تتناولها الأم أثناء فترة الحمل.

3. **أسباب أثناء الولادة**

أ. الولادة المتأخرة جداً، والولادة المبكرة جداً.

ب. عسر الولادة.

ج. الاختناق بسبب قلة الأوكسجين أو انقطاعه.

د. الولادة الجافة.

ه. انفصال المشيمة المبكر.

و. استخدام أدوات غير معقمة.

4. **أسباب ما بعد الولادة**

أ. الحوادث والأمراض التي تصيب الطفل في سن مبكر والتي تؤدي إلى تلف الدماغ.

ب. نقص سكر الدم قد يؤدي إلى اضطرابات سلوكية ونفسية.

ج. الحوادث المختلفة التي تؤدي إلى خلل في الجهاز العصبي.

د. سوء تغذية الطفل.

5. **عوامل بيئية**

يستمر المخ في إنتاج خلايا عصبية جديدة وشبكات عصبية، وذلك لمدة عام أو أكثر بعد الولادة، وهذه الخلايا تكون معرضة لبعض التفكك والتمزق أيضاً فقد وجد العلماء أن التلوث البيئي من الممكن أن يؤدي إلى صعوبات التعلم بسبب تأثيره الضار على نمو الخلايا العصبية وهناك مادة الكادميوم والرصاص وهي من المواد الملوثة للبيئة التي تؤثر على الجهاز العصبي، وقد أظهرت الدراسات أن الرصاص هو من المواد الملوثة للبيئة والناتج عن احتراق البنزين ومن الممكن أن يؤدي إلى كثير من صعوبات التعلم.

6. **المدرسة**

فهي عامل قد يساعد أو يزيد من صعوبات التعلم لما فيها من متغيرات كالمدرس بأساليبه غير التربوية والطرق التعليمية القديمة والمناهج.

إن الأساليب التربوية المختلفة التي يتبعها المدرسون بأسلوب غير علمي تخلق طلاباً خائفين قلقين الأمر الذي يؤثر سلباً على نموهم.

وإن للطرق التدريسية والوسائل التعليمية دورها في خلق حالة من التفاعل الحقيقي بين المعلم والمتعلمين. ودخول الأطفال في سن أقل من أقرانهم وهم غير مهيئين قد يؤدي إلى صعوبات تعلم.

العوامل المرتبطة بصعوبات التعلم

هناك عوامل كثيرة يمكن أن تجعل الطفل يختلف عن أقرانه، وإذا ما اقترنت هذه العوامل مع أي سبب من الأسباب التي تؤدي إلى صعوبات التعلم فإنها تزيد من صعوباته:-

1. **الأسرة:** للأسرة دور رئيسي في تنشئة الطفل فهي تحوله من كائن حي بيولوجي إلى كائن حي اجتماعي وبذلك ترسم الملامح الأساسية لما سيكون عليه الطفل مستقبلاً وذلك طبقاً للأساليب التربوية المتبعة مع الطفل ومنها:

   أ. أساليب المعاملة الوالدية وتتضمن ما يلي:
   - أسلوب السيطرة والتحكم.
   - أسلوب الحماية الزائدة.
   - أسلوب الإهمال.
   - أسلوب التذبذب.
   - أسلوب التفرقة.

   ب. حجم الأسرة: هناك علاقة سلبية بين زيادة حجم الأسرة وبين مستوى الرعاية الوالدية المقدمة للأبناء. لذلك فإن حجم الأسرة يؤثر في استعدادات الأطفال وقدراتهم على التعلم بصورة إيجابية أو العكس تكون محبطة لما الأمر الذي ينعكس على تعلمهم. حيث إن زيادة عدد الأبناء يجعل الآباء يميلون إلى أسلوب السيطرة في تحقيق المطالب، أما قلة عدد الأبناء فيتيح للآباء اتباع أسلوب آخر هو الإقناع.

   ج. الترتيب الميلادي للطفل: إن البيئات النفسية للأبناء ليست واحدة بالرغم من أنهم يعيشون في كنف أسرة واحدة لأب واحد وأم واحدة وكل الظروف الأخرى واحدة كالمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي وحجم الأسرة وغيرها. ولكل

واحد بيئة خاصة من خلال الدور الذي يلعبه في الأسرة المرتبط بتفاعله مع الآخرين.

لذلك يمكن القول إن الترتيب الميلادي قد يرتبط بشكل أو بآخر بصعوبات التعلم لأن التعلم لا يكون واحداً باختلاف الظرف النفسي لأن الفرد كل متكامل، وأي إخفاق في جانب لا يقتصر عليه وإنما ينعكس بشكل أو بآخر على الجوانب الأخرى التي تشكل الذات الإنسانية، أو قد يكون إضافة لإبراز حالة الخلل وضحة في حال وجود أي سبب من الأسباب التي تؤدي إلى صعوبات التعلم.

د. التفكك الأسري: إن المشاكل بين الأب والأم تؤثر بشكل سلبي على النمو الانفعالي والاجتماعي والمعرفي للطفل. فعندما تكون العلاقة إيجابية بين الوالدين تعكس بظلالها على الأبناء مما يحقق تفاعلاً إيجابياً بين الآباء والأبناء وكذلك بين الأبناء أنفسهم.

أما إذا كانت العلاقة بين الآباء علاقة خصام وشجار وتباغض فإنها تنعكس آثارها على الأبناء مما يجعلهم يشعرون بعدم الاستقرار والقلق والخوف على أنفسهم وعلى أسرتهم مما يترك آثاراً سلبية على التحصيل الدراسي.

2. **المدرسة:** إن المدرسة لها دور كبير في رعاية الجوانب العقلية والجسمية والانفعالية والاجتماعية فالعلاقة بين المعلم والمتعلم علاقة ديناميكية يؤثر كل منهما في الآخر وخاصة بالنسبة للمعلم فعندما يكون المعلم ذا اتجاهات سلبية ومزاج لا يتلاءم والعملية التربوية السليمة يؤثر بشكل سلبي في دافعية المتعلمين. فهناك المنهج الدراسي الذي يجب أن يراعي رغبات وميول المتعلمين أي يتمحور حول المتعلم.

وهناك الدراسات التي أوضحت أن أهم العوامل المرتبطة بصعوبات التعلم هي العلاقات السيئة بين المعلم والمتعلم وعدم ملاءمة المنهج المدرسي وازدحام الفصول ذات صلة وثيقة بحالات صعوبات التعلم.

3. **المستوى الاجتماعي الاقتصادي:** إن المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني بشكل عام يرتبط بصعوبات التعلم أكثر من غيره من المستويات، وإذا ما رافق أحد الأسباب التي تؤدي إلى صعوبات التعلم فهو يزيد من الأمر سوءاً وقد يكون في بعض الأحيان أن لدى المتعلم القدرة العقلية التي تؤهله للوصول إلى مستوى مقبول أو أكثر إلا أن هذه الظروف التي يعيشها تحد أو تعرقل من استخدامه لهذه القدرة.

4. **المستوى الثقافي للوالدين:** إن الآباء يمثلون النماذج الرئيسية الأولى للأبناء فالولد يحاكي أباه في كثير من الأمور بشكل قصدي أوغير قصدي، والبنت تقلد أمها في أشياء كثيرة، لذلك يفترض أن يكون الآباء نماذج وقدوة حسنة للأبناء. إن الآباء ذوي الثقافة العالية يدركون تماماً أهمية الحب والحنان والتعاون والانسجام داخل الأسرة، والتعزيز والتشجيع والتغذية الراجعة، وإبعاد الأبناء عن الفشل والإخفاق وتجنب العقاب وخاصة البدني، واستغلال القدرات التي يمكن أن يتميزوا بها. إن هذا الحال بالتأكيد سيفرز بظلاله الإيجابي على رؤية الأطفال لأنفسهم وفي تعلمهم والعكس صحيح.

5. **مفهوم الذات:** إن التحصيل الدراسي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمفهوم الذات، وتدني التحصيل الدراسي الذي لا يتناسب مع قدراتهم العقلية قد يؤدي إلى شعورهم بأنهم أدنى من أقرانهم، وقد يؤدي إلى الاستسلام نتيجة شعورهم بالفشل. ويمكن الافتراض بشكل عام أن مفهوم الذات لدى الأفراد ذوي صعوبات التعلم أدنى من مفهوم الذات بالنسبة لأقرانهم العاديين. (رياض بدري: 2005).

نسبة انتشار صعوبات التعلم

تشير الإحصاءات أن نسبة التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم بلغت حوالي 2.3٪ عام 1978، وفي عام 1980 أصبحت هذه النسبة 3.01٪، وفي عام 1983 أصبحت هذه النسبة 3.82٪ كما أن الإحصاءات تشير إلى أن نسبة الذين يعانون من صعوبات التعلم من بين حالات التأخر الدراسي تصل إلى 20٪ من بين هذه الحالات، كما أن الدراسات المتقدمة تشير إلى وجود نسبة 10٪ حالات حادة، ونسبة 20٪ حالات غير حادة من تلاميذ المدارس الابتدائية الذين يعانون من صعوبات في مجال التعلم. (زكريا توفيق: 1993).

وفي البيئة العربية أوضحت دراسة محمد البيلي وآخرون (1991) أن 14٪ من تلاميذ الصف السادس الابتدائي بدولة الإمارات العربية المتحدة يعانون صعوبات في تعلم اللغة العربية أو الرياضيات أو كلاهما معاً... وأوضحت دراسة فيصل الزراد (1991) أن نسبة الذكور الذين يعانون من صعوبات التعلم تصل إلى حوالي 16٪، بينما تصل النسبة لدى الإناث إلى حوالي 11٪. وإن كانت دراسة سعيد دبيس (1994) لم تجد فروقات واضحة بين الجنسين في عينة من الصفوف الثلاث الأولى من تلاميذ المرحلة الابتدائية في المملكة العربية السعودية. وفي دراسة زكريا توفيق (1993) على عينة من الصفوف الرابع والخامس والسادس الابتدائي في سلطنة عمان وجد أن نسبة التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم تبلغ 10.8٪ وكانت نسبة الذكور حوالي 12.2٪ بينما بلغت نسبة الإناث حوالي 9.31٪.

قياس وتشخيص صعوبات التعلم

قد لا يوجد اتفاق بين المهتمين على خطوات محددة في تشخيصهم صعوبات التعلم بالرغم من أن هناك قواسم مشتركة بينهم.

فمثلاً يذكر كيرك Kirk (1972) الخطوات التي يمكن حوصلتها بالشكل التالي:

أولاً: تقييم أداء الطفل عن طريق:

1. معرفة وضع الطفل الحالي من خلال (القدرة العقلية- التحصيل الأكاديمي).
2. معرفة وضع الطفل في الجوانب الأكاديمية وخاصة في القراءة والكتابة.
3. المعرفة الدقيقة لجوانب القوة والضعف في تعلمه، والتركيز على المشكلات التي يعاني منها الطفل.

ثانياً: معرفة الأسباب التي أدت إلى صعوبات التعلم هل هي عضوية، نفسية، بيئية.

ثالثاً: بناء على ما سبق يمكن وضع الفرضيات التشخيصية.

رابعاً: وضع خطة تتضمن أهدافاً تعليمية ومحتوى وطرقاً ووسائل تعليمية وأنشطة.

أدوات قياس وتشخيص صعوبات التعلم

هناك أدوات عديدة يمكن أن تستخدم في قياس وتقييم صعوبات التعلم سوف نتطرق إليها ابتداءً من البسيط وهي:

1. الملاحظة: Observation.
2. تسجيل العينة الزمنية: Time Sampling Recording.
3. تسجيل مادة حدوث السلوك: Duration Recording.
4. تسجيل الفواصل الزمنية: Interval Recording.
5. المقابلة: Interview.
6. دراسة الحالة: Case Study.
7. الاختبارات التحصيلية.
8. اختبارات القدرة العقلية.
9. الاختبارات محكية المرجع.

الاختبارات التي استخدمت مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم

1. اختبار الينوي للقدرات السيكولغوية: Illinois Test of Psycholinguistic: يعد هذا الاختبار من أشهر الاختبارات الفردية التي طبقت مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم والذي صمم من قبل كيرك ومكارثي وكيرك (1951): Kirk, S.A., McCarthy, J.J. and Kirk, W.D. وعدل عام (1968): ويصلح هذا الاختبار لأعوام تتراوح ما بين (2-10) سنوات، أما الوقت اللازم لتطبيقه فهو ساعة ونصف، ومدة تصحيحه تتراوح ما بين (20-40) دقيقة.

ويتكون الاختبار من إثناء عشر اختباراً فرعياً هي:

1	اختبار الاستقبال السمعي.	Auditory Reception Subtest.
2	اختبار الاستقبال البصري.	Visual Reception Subtest.
3	اختبار الترابط السمعي.	Auditory Association Subtest.
4	اختبار الترابط البصري.	Visual Association Subtest.
5	اختبار التعبير اللفظي.	Verbal Expression Subtest.
6	التعبير العملي (اليدوي).	Manual Expression Subtest.
7	اختبار تكملة الجمل من حيث القواعد والمعاني.	Grammatic Closure Subtest.
8	اختبار الإكمال البصري.	Visual Closure Subtest.
9	اختبار التذكر السمعي.	Auditory Memory Subtest.
10	اختبار التذكر البصري.	Visual Memory Subtest.
11	اختبار الإكمال السمعي.	Auditory Closure Subtest.
12	اختبار التركيب الصوتي.	Sound Blending Subtest.

2. اختبار مايكل بست للتعرف على الطلبة ذوي صعوبات التعلم: طور هذا المقياس مايكل بست عام 1969 والذي يهدف من خلال اسمه إلى الكشف عن الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم. ويطبق هذا الاختبار على المراحل العمرية التي تتراوح ما بين (6-12) سنة وهي مرحلة أكثر تماشياً لقياس صعوبات التعلم من قياس النمو النفس لغوي والذي يطبق مع أعمار (2-10) سنوات.

كما أن الفارق للفئة العمرية لمقياس مابكلي بست أقل من الفارق لمقياس الينوي للنفس لغوية، وبالتالي يمكن أن تكون الصورة أكثر وضوحاً عن أداء الطفل، ويتكون هذا المقياس من (24) فقرة موزعة على خمسة اختبارات فرعية هي:

1. الاستيعاب السمعي ويشمل (4) فقرات.
2. اختبار اللغة ويتضمن (5) فقرات.
3. المعرفة العامة وتتضمن (4) فقرات.
4. التناسق الحركي العام ويتضمن (3) فقرات.
5. السلوك الشخصي والاجتماعي ويتضمن (8) فقرات.

علاج صعوبات التعلم

هناك الكثير من الوسائل العلاجية التي استخدمت لعلاج صعوبات التعلم ومنها على سبيل المثال:

1. **المدخل الطبي Medical Approach**: يعد المدخل الطبي من العلاجات التقليدية التي استخدمت بشكل كبير لعلاج كثير من الحالات في مجال التربية الخاصة ابتداء من الإعاقة العقلية والانفعالية والحسية إلى حالة نقص الانتباه، ومازال المدخل الطبي مستخدماً حتى يومنا هذا. بالرغم من ظهور علاجات نفسية وسلوكية والتي تكون أكثر ملاءمة مع دور المدرس.

فالمدخل الطبي بالرغم من فاعليته في بعض الحالات مثل الصرع، نقص الانتباه لكنه يحد من دور المدرس في أخذ دوره الفعال في عملية العلاج. لقد استخدمت الأدوية بشكل كبير جداً مع الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، أو الذين عندهم صعوبات تعلم، أو الذين عندهم نقص الانتباه، والتي كان لها تأثير في الجهاز العصبي المركزي، وبشكل خاص في الأنشطة اللاإرادية، والتي قد تؤثر في زيادة ضربات القلب، وضغط الدم ودرجة الحرارة، ومن أشهر الأدوية التي استخدمت في هذا الجانب دواء الريتالين Retalin، دأمفيتامين D'amphetamine وبنزدرين Benzedrine، أما عقار بيمولين Pemoline فله مفعول يصل إلى ست ساعات.

وقد أشارت دراسات إلى فاعلية هذا العلاج فمثلاً أشار باركلي ودوبول ومكموري Barkely, Dupaul and McMurry (1990) إلى إن الأدوية أفادت ما بين نصف إلى ثلثي

الأفراد الذين أخذو العقار الطبي في الجوانب التالية: الأنشطة الأكاديمية، تقليل السلوك المضطرب مثل التململ، والأنشطة الحركية إضافة إلى تجاوبهم مع مطالب الآباء.

وأشار سبنسر وآخرون Spencer, et al., 1995 إلى أن 75٪ من الراشدين استجابوا إلى عقار الريتالين Retaline. ولابد من الإشارة إلى أن لهذه الأدوية تأثيرات جانبية مثل فقدان النوم، وفقد الشهية وخاصة في فترة العلاج، وهذا ما يكون له أثر سلبي في نمو الطفل من الناحية الجسدية إضافة إلى الجانب النفسي.

2. **المعلم كمعالج:** إن العلاقة بين المعلم والمتعلم علاقة تفاعلية يؤثر كل منهما بالآخر، ويعد الأول محوراً أساسياً فاعلاً ومؤثراً في المتعلم، فهل يمكن له أن يحسن انتباه المتعلم سواء أكان مصحوباً بالنشاط الزائد المضطرب أو غير مصحوب بذلك؟ الجواب نعم من خلال الأساليب الفنية التي يمكن أن يستخدمها مع المتعلم. والمعلم الواعي المبصر يمكن أن يبني علاقة إيجابية مع المتعلم فيقربه ويتحد معه خاصة فيما يرغب فيه.

ويمكن أن نحسن انتباه المتعلم من خلال عملية التدريس (Process) وما تتضمنه من طرق وأساليب وفنيات، وكل ما يشد المتعلم ويدعوه إلى الانتباه كتوزيع النظر، اللغة السهلة الواضحة، والوقفات بين الجمل والعبارة ليتسنى للمعلومة أن تستقر في الذهن.

3. **العلاج الأسري Family Therapy:** إن التدخل المبكر يكون أكثر فاعلية بمشاركة الأسرة، لأن الأشخاص المتواجدين مع الطفل باستمرار هم أولياء الأمور (أو الأشخاص الموجودون في الأسرة) وأصبح أولياء الأمور أكثر إدراكاً من أي وقت مضى للدور المنوط بهم، وخاصة أولئك الذين لديهم أطفال يعانون من صعوبات تعلم إذ أن البرامج التي تقدم في إطار المؤسسات التعليمية قد لا تحقق الأهداف كما ينبغي بلا تواصل البيت لكي تحقق البناء المتكامل عبر المكان والزمان.

وقد أصبح هناك توجه عالمي لتدريب أولياء أمور الأطفال المعوقين. وإذا ما تكافأت كل المتغيرات بين المعلم وأولياء الأمور على سبيل المثال فإن أولياء الأمور يكونون أكثر فاعلية من المعلمين لأنهم أكثر حرصاً حقيقياً والتزاماً وعلى المتخصصين في هذا المجال أن يوضحوا لأولياء الأمور ما يلي:

- يجب أن يركز أولياء الأمور كل تركيزهم على السلوك المرغوب فيه وأن يبتعدو، بقدر الإمكان عن السلوك غير المرغوب فيه. وتعزيز السلوك المرغوب فيه لأن السلوك محكوم بنتائجه.
- يجب أن تكون علاقة إيجابية مبنية على الثقة المتبادلة بين أولياء الأمور وأبنائهم.

- التأكد على تجزئة العمل أو الواجب إلى أجزاء تتناسب مع قدرات العقل، وإعطائه الراحة كلما تطلب ذلك.

4. **تعديل السلوك: Behavior Modification** يشير مصطلح تعديل السلوك إلى مجموعة من الإجراءات التي تشكل قوانين السلوك، تلك التي تصف العلاقة الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك.

إن المبادئ الأساسية لتعديل السلوك هي:

- نتائج السلوك تتحكم به.
- التركيز على السلوك الظاهر القابل للملاحظة.
- إن السلوك الظاهر غير المقبول هو المشكلة ذاتها، وليس انعكاساً لعوامل داخلية.
- السلوك المقبول وغير المقبول متعلم.
- إنها تحقق المنهجية والتجريب.

وقد استخدمت أساليب التشكيل، والحث، والتسلسل، والتوجيه الذاتي في زيادة الانتباه، وخاصة مع أطفال التربية الخاصة، كما استخدمت كذلك أساليب الإطفاء، وتجاهل السلوك غير المرغوب فيه وتعزيز نقيضه، وتكلفة الاستجابة، والإبعاد المؤقت، والتصحيح الزائد في معالجة كثير من المشكلات التي تواجه الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

وقد أشار كيرك وكالفنت، إلى أربع استراتيجيات يمكن أن يوظفها المعلم لمساعدة المتعلمين ذوي صعوبات التعلم وهي:

1. خلق الشعور بالحاجة.
2. ركز على جوانب القوة لدى المتعلم مع المشكلة.
3. علّم المتعلم أن يتعامل مع الفشل على أنه حالة طبيعية يمكن أن يتعرض لها كل فرد في عملية التعلم.
4. عزز محاولات حل المشكلة: يجب تعزيز الأطفال على محاولتهم القيام بسلوك حل المشكلة حيث إنهم بحاجة إلى أن يطور لديهم الميل إلى المحاولة والخطأ، بدلاً من عدم المحاولة مطلقاً.

الفصل السادس

اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة

أولاً: إضطراب التوحد

ثانياً: إضطراب متلازمة الأسبرجر

ثالثاً: إضطراب متلازمة الريت

رابعاً: إضطراب الانتكاسة الطفولي

خامساً: الاضطراب النمائي الشامل- غير المحدد

الفصل السادس

اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة

حالات اضطراب بيولوجي عصبي يتمثل في توقف النمو على المحاور اللغوية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية أو فقدانها بعد تكوينها بما يؤثر سلباً و مستقبلاً على بناء الشخصية ونطلق بعض الدوائر العلمية على هذه المجموعة اصطلاح طيف التوحد (Autistic spectrum).

ويقع تحت هذه المجموعة ست إعاقات:

1. التوحد Autism.
2. الاسبرجر Asperser syndrome.
3. الريت Reet syncrome.
4. اضطراب الانتكاسة الطفولي Disorders Disintegrative childhood.
5. الاضطرابات النمائي الشامل- غير المحدد PDD – NOS.

يصف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM.IV على أنها اضطرابات شديدة ومعوقة وسائدة في مجالات النمو المختلفة مثل :التفاعل الاجتماعي، التواصل، أو السلوك النمطي،والاهتمامات،والأنشطة. وتشمل تلك الاضطرابات مجموعة من الظروف النفسية التي توجد بها اعاقة في المهارات الاجتماعية ،نمو اللغة،وسلسلة من الاداء السلوكي- فهذه الجوانب لا تنمو بصورة سوية مناسبة،وفي بعض الحالات فإن المهارات التي تمت تتناقص أو تفقد مع الوقت،وهذه الاضطرابات بصفة عامة تؤثر على العديد من المجالات النمائية والتي تظهر مبكرا في الحياة وتسبب اختلالاً وظيفياً متواصلاً.

ومن بين هذه الاضطرابات يشمل الدليل التشخيصي الدولي العاشرة ICD10 على: التوحد الطفولي Childhood autism، والتوحد النمطي Typidal autism، وأعراض الريت Rett Syndrome، واضطراب الانتكاسة (عدم تكامل) الطفولي disintegrative Childhood،والإفراط في النشاط المرتبط بالتخلف العقلي،والحركات النمطية

الزائدة، والاسبرجر، والاضطرابات النمائية السائدة الأخرى، والاضطرابات النمائية غير المصنفة.

أولاً: اضطراب التوحد Autism Disorder

نشأة التوحد

كان أول من عرف التوحد كمتلازمة أعراض سلوكية طبيب أطفال نفسي يدعى ليوكنر (Leokanner) وكان كانر الأمريكي الجنسية يعمل في مستشفى جامعة جونز هوبكنز بالتيمور في ولاية ماريلاند.

وفي عام 1943م، نشر كانر دراسة وصف فيها 11 طفلاً اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أية اضطرابات عرفت آنذاك. ولذا، اقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد ومنفصل أطلق عليه اسم توحد طفولي infantile Autism وبهذه الدراسة وهذا التشخيص ابتدأ تاريخ التوحد (kanner 1943).

تعريف التوحد

هو مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماماً عن العمل، كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه،وأصبح الطفل يعيش منغلقاً على ذاته في عالمه الخاص، فيما عاد اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترة طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص. (Howlin, 1995P 31).

نسبة انتشار اضطراب التوحد

أشارت الدراسات التي أجريت في كل من انجلترا وأمريكا باستخدام دلالات تشخيصية متشابهة، أن معدل انتشار اضطراب التوحد (4-5) أطفال في كل عشرة آلاف، وإذا وجدا التخلف العقلي الشديد مع بعض ملامح الذاتية يمكن أن يرتفع المعدل إلى (20) في كل عشر آلاف وكان سابقاً يعتقد أنه أكثر شيوعاً في الطبقات الاجتماعية الراقية.

ولكن ثبت عدم صحة هذه المقولة، وكان السبب هو عدم اكتشاف الاضطراب وتحويله للعلاج في الطبقات الفقيرة.

وقدر معدل انتشار الاضطرابات مشوهة النمو بعشرة إلى خمس عشرة حالة في كل عشرة آلاف طفل.

وينتشر التوحد بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة 1:4، ولكن البنات يصبحن أكثر شدة في الاضطراب، وأكثر تاريخاً اسرياً للخلل المعرض من الذكور. (كولر حسن عليه، 2006 : 19) (عثمان لبيب فراج، 2002).

أسباب التوحد

1. العوامل النفسية والأسرية

تصور كانر المكتشف الأول لإعاقة التوحد أن العامل المسبب للإعاقة هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل في مراحل نموه المبكرة في نطاق الأسرة، منها أسلوب التنشئة الاجتماعية، أو تعامل الطفل مع الأسرة ، ومنها إفقاد الطفل الحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه، ومنها لغياب الاستثارة والنبذ واضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية وغياب العلاقات العاطفية إلى أن أظهرت نتائج الدراسات استبعاد أن تكون العوامل النفسية والأسرية لها أية علاقة كعامل مسبب للتوحد.

2. العوامل الجينية الوراثية

لقد أجريت الدراسات لمعرفة ما إذا كانت الوراثة تلعب دوراً كعامل مسبب،وقد وجدت أن التوحد ينتشر بنسبة 36٪ بالنسبة للتوائم المتطابق (من بويضة واحدة) ولم يوجد إطلاقاً في التوائم المتشابهة (من بويضتين مختلفتين).

وفي دراسة أخرى وجد أن التوحد ينتشر بنسبة 96٪ بالنسبة للتوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) بنسبة 27٪ بين أزواج التوائم المتشابهة (من بويضتين).

وقد وجد أن من بين الأطفال الذين يعانون من حالات التوحد بنسبة 10 ٪ منهم يعانون من حالات الريت أو من حالات × الهش × Fragile وهما إعاقتان ثبت أن لهما أساسا وراثياً. مما ويتضح من ذلك أن الوراثة ربما تكون عاملاً ممهداً للإصابة، إلا أن ذلك لا يمنع من وجود عوامل بيئية مسببة لها . (عثمان لبيب فراج 2002، 60-61).

3. **عوامل عضوية / عصبية / حيوية**

أثبتت الدراسات أن أطفال التوحد يعانون من قصور أو خلل عضوي عصبي أو حيوي organic / Neurological / Biological ومنها ما يحدث أثناء فترة الحمل، وبالتالي تؤثر على الجنين منها:

- إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية Rubella.
- قصور التمثيل الغذائي.
- حالات التصلب الدرني.
- تعرض الأم لأشعة × خلال الأشهر الثلاث الأولى.
- تعاطي الأم المضادات الحيوية القوية في الأشهر الثلاثة الأولى.
- إصابة الأم بالأمراض الزهرية .
- التهاب السحايا.
- اضطراب الغدد الصماء.
- حدوث رشح شامل في الرحم General Edeme.

وبالرغم من ذلك يكفي قبول هذه الأسباب بأنها احتمال كونها أحد أو بعض العوامل المسببة وذلك يرجع إلى أن البحوث كشفت عن وجود تشوه أو خلل في نمو أجزاء معينة من المخ أو الكيمياء الحيوية للجهاز العصبي المركزي، لكن لا يوجد لدينا الدليل القاطع على أنها السبب الفعلي للتوحد.

4. **العوامل البيئية**

- المشكلات التي تعرضت لها الأم أثناء الحمل والولادة .
- إن لقاح MMR ينظر إليه على أنه أحد الأسباب المحتملة للتوحد إلا أن الدراسات أثبتت عكس ذلك.
- إصابة الأم بالفيروسات، وبعض الأمراض المعدية.
- تعرض الأم الحامل للمواد الكيميائية السامة
- أن العديد من التوحديين لديهم حساسية من تناول الألبان والقمح، إلا أن هذا لا ينطبق على معظم الأطفال التوحديين.

وبناء على هذه العوامل البيئية تختلف الإصابة بالتوحد من حالة إلى أخرى. فالفيروسات تسبب التوحد لبعض الأشخاص، وبسببه التعرض للكيماويات السامة لدى نسبة قليلة منهم، وهناك بعض الحالات التي توارثت الاضطراب، بينما أصيب بعض الأشخاص بالتوحد نتيجة لتغير مفاجئ في الجينات، إلا أن كل هذه الأسباب تنتج نمواً غير طبيعي للمخ.

5. عوامل كيميائية

أشارت الدراسات إلى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية Neurochemical وبصفة خاصة إلى اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية Neurotransmitters التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمس إلى المخ أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم أو عضلات الجسم والجلد.

خصائص وسمات التوحد

1. **الخصائص السلوكية:** يرى (روث سوليفان) Sullivan , R. 1988 أنه من الممكن في الوقت الحالي أن نقدم وصفاً سلوكياً فقط لحالات التوحد، وأن الملامح الرئيسية للتوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

- الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للناس الآخرين التي تنتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم .
- الاحتفاظ بروتين معين .
- هذه الملامح تبقى طوال حياة الفرد ولكن غالباً- مع تنظيم برامج تدريبية وتعليمية معينة معدة إعداداً جيداً – تصبح اقل شدة، ولا يمكن علاج أعراض التوحد أبداً ويجب أن يتضمن الفحص الأعراض وتاريخ حياة الفرد المصاب بهذا الاضطراب.
- ويضيف (سوليفان) أن الأفراد التوحديين يتميزون بمجموعة من السلوكيات تشمل بعض أو كل السلوكيات الآتية، وهذه السلوكيات تختلف من فرد إلى آخر من حيث الشدة وأسلوب التصرف.
- قصور شديد في التواصل والارتباط مع الآخرين.
- قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام . وتشيع المصاداة (أي ترديد الكلام) Echolalia في سنوات الأطفال التوحديين الباكرة، والبعض يتكلم بشكل

رجعي (اجتراري)، أو بنغمة ثابتة بدون تغيير، وبعضهم لا يستطيع إكمال حديثه أو كلامه على الإطلاق .

- حزن شديد، لا يمكن إدراك سببه لأية تغييرات بسيطة في البيئة.
- التأخر (التخلف) في قدرات ومجالات معينة وأحياناً تصاحب التوحد مهارات عادية ، أو فائقة في بعض القدرات الأخرى مثل الرياضيات، والموسيقى، أو الذاكرة.
- الاستخدام غير المناسب للعب والتعلق بالأشياء، واللعب بشكل متكرر وغير معتاد.
- الحركات الجسمية الغريبة مثل الهز المستخدم للجسم، أو الرفرفة بالذراعين أو النقر بالأصابع ، أو المشي على أطراف أصابع القدم.
- الاستجابة للمثيرات الحسية، وتتميز إما بالبرودة والتبلد، وإما بالحساسية الفائقة بشكل لا يتناسب مع شدة أو تفاهة المثير. مما يفسر في بعض الأحيان بأن الطفل يعاني من صمم، بينما هو في الواقع سليم السمع.
- ينظر من خلال الناس، أو يتجنب النظر إلى العيون (التآزر البصري) غير موجود لديه.
- البعض منهم لديه قدرات جيدة، أو فائقة في المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة. ولكن بعضهم قد يمشي بشكل غريب، كأن يمشي على أطراف أصابعه، أو يكون غير قادر على الإمساك بالقلم.
- البعض منهم قد يكون لديه نشاط زائد بدرجة كبيرة، ولكن بعضهم يتسم بالكسل والخمول.
- عدم الحساسية لظاهرة الألم على سبيل المثال قد يمشي بعضهم حافي القدمين على الثلج، وبعضهم يمارس شد وخلع الشعر والأظافر والبعض الآخر عندما يتعرض لحادث يقتضي جرحه ونزيف الدماء يبدو وكأن شيئاً لم يكن .
- يعانون من الإصابة بنوبات الصرع في العادة عند البلوغ وتمثل نسبة 25 ٪ منهم .
- يصبح لدى بعضهم سلوك إيذاء الذات ،وأحياناً بدرجة شديدة.
- لا يبدو عليهم حزن أو غضب عندما يفارقهم آباؤهم أو أخواتهم أو رفاقهم، وعندما يتركون وسط أغراب فلا يبدون أي قلق . وتوجد بعض الأعراض التي يمكن إضافتها وهي

- عندما يحتضنه والده أو والدته لا تبدو على وجهه البسمة أو توقع الفرح والتهليل .
- عجزهم عن تفهم مشاعر الآخرين .
- ليس لديه القدرة على المبادأة في الحديث.

2. **الخصائص اللغوية**

- يعد اضطراب أو توقف النمو اللغوي من أهم الأعراض المميزة لحالات إعاقة التوحد والمعايير المهمة في التشخيص.
- يرجع القصور أو التوافق في اللغة إلى قصور أو خلل وظيفي في المراكز العصبية بالمخ المسئولة عن اللغة والكلام والتعامل مع الرموز.
- اضطراب الكلام ولا يستطيع من يحادثه أن يفهم ما يقصده أو يريد أن يعبر عنه طفل التوحد.
- غير قادر على المناغاة Babbling في الشهور الأولى للنمو.
- يعيد ترديد الكلمة ظاهرة رجع الصدى Echolalia .
- نوعية واختلاف الصوت الذي ينطق به عدم التنغيم tone في النطق.
- الأطفال التوحديين 50٪ من ينطقون أي لديهم لغة والباقي لا يتكلمون.

3. **السلوكيات النمطية**

- يتناول اللعب والأشياء التي تقع في متناول يده، لكنه تناول عشوائي محدود في نوعيته وتكراره دون هدف بشكل نمطي غير مقصود يفتقد الإبداع والتخيل أو اللعب الإيهامي أو الرمزي .
- لا يستطيع التقليد أو التعبير المجرد.
- لعبه فج جامد متكرر متشابه وله طقوس متشابهة أو طقوس ثابتة.
- غالباً يحب الدوران، يدور حول ذاته، أو يدور حول طاولة أو جدران الغرفة أو الملعب أو يدير بيده إصبعاً أو حلقة مفاتيح، أو ينظر إلى المروحة وهي تدور لمدة زمنية طويلة .
- يرتبط بالأشياء (الجوامد) أكثر من ارتباطه بالأشخاص .
- يقوم بتكرار حركات نمطية مثل هز الرأس أو ثني الجذع والرأس لمدة زمنية طويلة دون تعب أو ملل.

- يقاوم التغيير في نظام الملبس والمأكل وأثاث الغرفة، أو تغيير نظام الحياة اليومية، وعندما يحدث هذا التغيير يثور وقد يصل إلى إيذاء ذاته ومن حوله.

4. **الخصائص البدنية**

- غالباً ما يكون المظهر العام مقبولا إن لم يكن جذاباً.
- تجدهم يختلفون عن الطفل السليم في عدم الثبات على استخدام يد معينة بحيث يترددون أو يتبادلون استعمال اليد اليمنى مع اليسرى مما يدل على اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر.
- يتعرض أطفال التوحد في طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي وحالات الربو والحساسية ونوبات ضيق التنفس والسعال.
- يعانون من اضطرابات معوية وحالات الإمساك أو شلل في حركة الأمعاء أكثر من الأطفال العاديين.

5. **الخصائص الانفعالية**

- تجد أن الأطفال التوحديين قد لا يشكون من ما يعانون من الألم بل لا يعبرون عن آلامهم بالكلام أو بتعابير الوجه أو حركة الجسم المتوجع.
- هناك مجموعة من ردود الفعل الانفعالية مثل المخاوف من الأخطار الحقيقية لا يعبأ بها.
  - قد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة أو مواقف معينة.
  - ليست لديه قدرة على فهم مشاعر الأشخاص من حوله.
  - يتعرض لنوبات من البكاء والصراخ دون سبب واضح.
  - الطفل التوحدي لديه تقلب مزاجي مرتفع.
  - لا يعانق أمه.
  - لا يظهر أية مظاهر انفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح.

6. **الخصائص العقلية – المعرفية**

- إن نسبة كبيرة من التوحد يصاحبها حالات التخلف العقلي.
- أثبتت الدراسات والبحوث أن (40٪) منهم يعانون من تخلف عقلي بدرجة أقل من (50) معامل ذكاء (أي تخلف عقلي متوسط أو شديد).

- إن (30٪) من التوحديين يعانون من تخلف عقلي بسيط من (50-70)
- إن (30٪) من التوحديين لديهم معامل ذكاء عادي أو عالي (70) فأكثر ومن بينهم قلة وصل ذكاؤهم إلى (120) معامل ذكاء.
- 20٪ من الأطفال التوحديين يتمتعون بذكاء غير لفظي عادي أو مرتفع.

ويرى (روتر 1983) أن العديد من الدراسات التي تجمع على أن كثيراً من الأطفال التوحديين لديهم قصور معرفي يصعب تفسيره في ضوء ما أطلق عليه (كانر) سلوك العزلة الاجتماعية باعتبارها السبب لدى جميع الأطفال التوحديين لأن يكونوا معوقين عقلياً، بينما الواقع ليس كذلك، ولذلك يرى (روتر) أن نسب ذكاء الأطفال التوحديين تعتبر ثابتة بشكل مناسب ، وأنها ترتبط مع تحصيلهم الدراسي بشكل معقول.

كما يذكر أنه حين أصبح هؤلاء الأطفال أكثر اجتماعية سواء نتيجة لاستخدام بعض أساليب التدخل، أو أي شكل آخر، فإن نسب ذكائهم لم يطرأ عليها تغيير ملحوظ .

7. خصائص أخرى

- مشكلة التعميم، فلا يستطيع نقل ما تعلمه من بيئة إلى أخرى.
- لا يدرك الخطر مثل عبور الشارع دون النظر إلى السيارات فيعبر مندفعاً كأنه يسير بمفرده في الشارع.
- لا يستطيع الانتقال من مهارة إلى أخرى.
- يواجه بعض الأطفال التوحديين صعوبات في النوم تتمثل في القلق والنوم المتقطع.
- بعض التوحديين لديهم اهتمامات بصرية غريبة كأن يوجهون أبصارهم إلى بؤرة أو نافذة أو يعمدون إلى رفرفة أصابع أمام الضوء.
- مشكلة الأكل والشرب: الأكل بشراهة دون شعور بالشبع، تفضيل بعض الأطعمة وعدم تنوعها، وشرب مشروبات معينة وبكوب مفضل لديه دون غيره.
- لا يستجيب الطفل التوحدي عند مناداته باسمه ويبدو كأنه أصم، ولكنه قد يستجيب لأصوات أخرى تصدر في البيئة كصوت لعبه أو صوت فتح غطاء مشروب.
- صعوبة فهم انفعالات وعواطف الآخرين، لا يرد على الابتسامة لتغير مثلها.

تشخيص التوحد

أولاً: التقويم متعدد التخصصات

يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة متخصصين في المجال ويمر تشخيص التوحد على عدد من المتخصصين منهم طبيب الأطفال / طبيب نفسي/ أخصائي نفسي/ أخصائي اجتماعي/ أخصائي نطق وتخاطب/ أخصائي علاج طبيعي/ أخصائي العلاج المهني / أخصائي سمعيات / أخصائي عيون / طبيب مخ وأعصاب / معلم التربية الخاصة .

- طبيب الأطفال: وهو طبيب متخصص في مجال أمراض الأطفال في الفئة العمرية الممتدة من تاريخ الولادة إلى سن الثامنة عشرة، ويقوم الطبيب بإجراء الكشف الطبي العام وفحص وجود اضطرابات طبية هذا بالإضافة إلى تقويم حاجة الطفل إلى العلاج الطبي من خلال العقاقير وإجراء فحوصات طبية أخرى بناء على حاجة الطفل.
- الطبيب النفسي: هو طبيب متخصص مثل باقي الأطباء ومهمة الطبيب النفسي تتمثل في أسئلة الآباء عن:
  1. هل لم يتفوه بأية أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة في سن 12 شهراً.
  2. لم تنمُ عنده المهارات الحركية في سن 12 شهراً.
  3. لم ينطق كلمات فردية في سن 16 شهراً.
  4. لم ينطق جملة مكونة من كلمتين في سن عامين.
  5. عدم اكتمال المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية.
- الأخصائي النفسي: له دور أساسي في التقويم فيما يتعلق بجميع مجالات التطور وإدارة السلوك،ويتم ذلك من خلال إجراء الاختبارات النفسية والمراقبة وإجراء مقابلات مع الآباء من أجل التواصل إلى التشخيص المناسب وتحديد مستوى الأداء.
- الأخصائي الاجتماعي: يتولى الأخصائي الاجتماعي مسئولية مقابلة الوالدين وجمع تقارير الفحوصات الطبية والنفسية، وفحص المعلومات عن مراحل تطوير الطفل وتاريخه الصحي والتعليمي من الوالدين. يقوم الأخصائي الاجتماعي بكتابة تقرير يوضح من خلاله جميع المعلومات التي تم استنتاجها.

- أخصائي النطق والتخاطب: هو الشخص المختص في التعامل مع صعوبات النطق ومصاعب البلع ومشكلات الحبال الصوتية وما إلى ذلك بالإضافة إلى تقويم وعلاج التأخر اللغوي بشكل عام.
- أخصائي العلاج الطبيعي: يتركز دور أخصائي العلاج الطبيعي في تقويم المهارات الحركية الكبيرة المتمثلة في المشي والحبو ووضع الوقوف.
- أخصائي العلاج المهني: يتركز دور أخصائي العلاج المهني في تقويم الطفل في نشاطاته ومهاراته اليومية التي تتطلب كلا من المهارات الحركية الكبيرة أو الدقيقة.
- أخصائي السمعيات وأخصائي العيون: يقدم كل منهما المعلومات اللازمة لاستبعاد أو تحديد أية مشكلات متعلقة بمقدرة الطفل على السمع أو البصر.
- طبيب الأعصاب: يقدم طبيب الأعصاب المعلومات العامة اللازمة عن وجود أية اضطرابات في الجهاز العصبي، قد يعاني منها الطفل كصعوبة توجيه الانتباه بين المهام المختلفة أو صعوبة التحكم الحركي.

معلم التربية الخاصة: إن للمعلم دوراً هاماً في عملية تقويم الطفل، فبينما يقوم باقي أفراد الفريق بتحديد الإطار العام لمستوى تطور الطفل في جميع المجالات يقوم المعلم بتنمية المهارات الآتية:

1. مهارات الحياة اليومية.
2. المهارات الاجتماعية.
3. المهارات الحياتية.
4. المهارات الأكاديمية.(كوثر حسن عسلية: 2006، 50 -52).

أدوات تشخيص التوحد

1. **مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال (Cars):** ينسب إلى إيريك سكوبلر Eric schopler في أوائل السبعينات ويعتمد على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر به (15) درجة ويقيم المتخصصون سلوك الطفل من خلال:
   - علاقته بالناس.
   - التعبير الجسدي.
   - التكيف مع الغير.

- استجابة الاستماع لغيره.
- الاتصال الشفهي.

وحسب هذا المقياس، فإن الأطفال الذين تقع درجاتهم (30) درجة يصنفون على أنهم ليس لديهم توحد. بينما الذين بلغت درجاتهم (30) أو أكثر على أنهم توحديون وينقسمون إلى مجموعتين هما:

أ. الذين تتراوح درجاتهم ما بين (30-60) درجة يصنفون على أن لديهم توحداً بدرجة بسيطة إلى متوسطة.

ب. الذين تتراوح درجاتهم ما بين (60- 73) درجة يصنفون على أن لديهم توحد بدرجة شديدة.

2. **قائمة التوحد للأطفال عند 18 شهراً (Chat)**: تنسب إلى العالم سيمون بارون كوهين Simon Baron Cohen في أوائل التسعينات وهي لاكتشاف ما إذا كان يمكن معرفة هذه الإعاقة في سن (18) شهراً ومن خلالها توجه أسئلة قصيرة من قسمين القسم الأول يعده الآباء والثاني من قبل الطبيب المعالج.

3. **استطلاع الرأي**: وهو مكون من (40) سؤالاً لاختبار الأطفال من سن (4) أعوام وما يزيد على ذلك لتقييم مهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعي.

4. **اختبار التوحد للأطفال في سن عامين**: وضعه ويندي ستون (wendy stone) يستخدم فيه الملاحظة المباشرة للأطفال تحت سن عامين على ثلاثة مستويات التي تتضح في حالات التوحد: اللعب، التقليد (قيادة السيارة أو الدراجة البخارية) والانتباه المشترك.

5. **القائمة التشخيصية للتوحد**: القائمة التالية يمكن أن تساعد في الكشف عن وجود التوحد عند الأطفال، علماً أنه لا يوجد بند يمكن أن يكون حاسماً بشكل جوهري لوحده، وفي حالة أن طفلاً ما أظهر (7) أو أكثر من هذه السمات، فإن تشخيصها للتوحد يجب أن يؤخذ في الاعتبار بصورة جادة.

- يتصرف الطفل كأنه أصم.
- يقاوم التعليم.
- يقاوم تغيير الروتين.
- ضحك وقهقهة غير مناسبة.

لا يبدي خوفاً من المخاطر.

- يشير بالإيماءات.
- لا يحب العناق.
- فرط الحركة.
- انعدام التواصل البصري.
- تدوير الأجسام والنعب.
- ارتباط غير مناسب بالأجسام والأشياء.
- يطيل البقاء في اللعب الانفرادي.
- أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر. (كوثر حسن عسلية، 2006: 39: 40).

ثانيا: معايير تشخيص التوحد كما نص عليها في DSM4

1. ظهور (6) أعراض أو أكثر على الأقل من المجموعات (1، 2، 3) على أن تكون منه اثنتان من أعراض المجموعة (1) على الأقل، بالإضافة إلى عرض واحد على الأقل من كل من المجموعتين (2، 3)

مجموعة: (2) قصور كيفي في القدرة على التواصل: Qualitative Communication Impairment، كما يكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية:

أ. تأخر أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (التخاطب) وحده (بدون مساندة أي نوع من أنواع التواصل غير اللفظي للتعويض عن قصور اللغة).

ب. بالنسبة للأطفال القادرين على التخاطب، يوجد قصور في المبادأة بالحديث مع الشخص الآخر، وعلى مواصلة هذا الحديث.

ج. التكرار والنمطية في استخدام اللغة: Idiosyncrati Laugage

د. غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي أو التقليد الاجتماعي الذي يتناسب مع العمر ومرحلة النمو.

مجموعة (3): اقتصار أنشطة الطفل على عدد محدود من السلوكيات النمطية كما يكشف عنها واحد على الأقل من الأعراض التالية:

أ. استغراق أو اندماج كلي في واحد أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات النمطية الشاذة من حيث طبيعتها أو شدتها.

ب. الجمود وعدم المرونة الواضح في الالتزام والالتصاق بسلوكيات وأنشطة روتينية أو طقوس لا جدوى منها.

ج. ممارسة حركات نمطية على نحو متكرر غير هادف، مثل رفرفة الأصابع أو ثني الجذع إلى الأمام والخلف أو تحريك الأذرع أو الأيدي أو قفز بالأقدام..الخ.

د. انشغال طويل المدى بأجزاء أدوات أو أجسام مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة، مثل سلسلة المفاتيح أو أجزاء من زهرة أو نبات أو أسورة ساعة...الخ.

2. تأخر أو شذوذ وظيفي يكون قد بدأ في الظهور قبل العام الثالث من عمر الطفل في واحد مما يلي:

أ. التفاعل الاجتماعي.

ب. استخدام اللغة في التواصل أو في التخاطب.

ج. اللعب الرمزي أو الإيهامي التخيلي (أخذ دور الكبار).

3. غياب أعراض متلازمة لريت RETT (APA,1994, DSM-4).

دور التحاليل الطبية في التشخيص

أولاً: التحاليل المعملية

وهي ذات أهمية في تأكيد وجود التخلف العقلي بإحدى صوره المختلفة في أية حالة من الحالات التالية:

1. وجود خلل في عملية التمثيل Metablic في وجود الحامض الأميني P.K.U أو P.S.T.
2. اختلاف فصيلة دم الأم عن فصيلة دم الطفل بأن يكون أحدهما + RH والآخر -RH.

ثانياً: الفحوص الطبية

1. وجود تضخم غير طبيعي في حجم الرأس، بسبب زيادة السائل المخي المعروف بحالة الاستسقاء Hydrocephaly.
2. وجود نقص في هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية، والذي يؤدي إلى حالة قصاع Cretinism وتتميز بصغر حجم جسم الطفل بالنسبة إلى من هم في مثل سنه.
3. حالة Microcephaly التي يميزها صغر حجم الرأس بدرجة ملحوظة.

ثالثاً: الفحوص الوراثية

وهي تكتشف إحدى حالات الخلل الكروموسومي المسبب للإعاقة العقلية.

التشخيص الفارق بين إعاقة التوحد والتخلف العقلي:

1. طفل التوحد غالباً ما يحتاج إلى رعاية مدى الحياة. أما طفل التخلف العقلي (المتوسط- البسيط) فإنه قد يحقق استقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل، ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار ويعمل في حرفة مناسبة.
2. طفل التخلف العقلي أسهل مراساً في التعامل معه وتدريبه وفي تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهود فائقة وصبر وجلد في التعامل معه أو تدريبه.
3. طفل التخلف العقلي لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر كما يفعل طفل التوحد الذي يخلط بين "أنا" و"أنت" "هو" و"هي" فيستعمل كلا منهما مكان الآخر.
4. يتميز طفل التخلف العقلي بنزعته إلى التقرب والارتباط بوالديه، والتواصل معهما ومع الكبار وغيره من الأطفال الأقران، وهي سمة اجتماعية غائبة عن طفل التوحد.
5. طفل التخلف العقلي من الممكن أن يبني حصيلة لغوية وأن يكتسب نمواً في اللغة، ولو أنه قد يتأخر في بنائها إلى حد ما، ولكنه يستخدم حتى القليل منها مبكراً في التواصل مع أفراد أسرته وأقرانه.
6. طفل التخلف العقلي لا يعاني من مشكلة رجع الصدى(المصاداة)Echolalia التي يعاني منها طفل التوحد الذي يعيد نطق كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه له.
7. طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية في ملبسه ومأكله أو لعبه أو أثاث غرفته، ولا يندفع في ثورات غضب (مثل طرق رأسه في الحائط) وإيذاء ذاته أو الآخرين؛ كما يحدث للطفل الذي يعاني من التوحد.
8. طفل التخلف العقلي الذي يشارك أقرانه في أنشطتهم، ويستمتع باللعب معهم وممارسة تقليد الآخرين، واللعب الإيهامي، بعكس طفل التوحد الذي يعزف عن ممارسة تلك الأنشطة كلية.
9. طفل التوحد غالباً نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية، وحتى إذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات، فمن النادر أن يستخدمها في التواصل... ومن هنا يأتي قصور قدرات التعبير اللغوي أو استقباله، وإذا حدث وتكلم فإن كلامه يكون مضطرباً وخالياً

من النغمات الصوتية التعبيرية التي تضفي على الكلمات معاني إضافية بعكس طفل التخلف العقلي.

10. طفل التوحد ليست لديه القدرة ولا الدافعية للتعلم والتخاطب، ولهذا يعاني من توقف النمو الاجتماعي والقدرة على التفاعل مع الآخرين أو مشاركة أقرانه في اللعب والأنشطة المشتركة بعكس طفل التخلف العقلي.

11. طفل التوحد يتجنب التواصل البصري بالتقاء العيون بين المحادثين وهي سمة نادراً ما تحدث مع التخلف العقلي.

12. في الحالات القليلة التي يمكن فيها تطبيق اختبار ذكاء فردي مثل (wisc) نجد أن هناك تفاوتاً كبيراً بين مستوى الذكاء اللفظي (الذي يكون أكثر انخفاضاً) ومستوى الذكاء غير اللفظي (الذي غالباً ما يكون أكثر ارتفاعاً) لدى أطفال التوحد، بينما مستوى كل من الذكاء اللفظي وغير اللفظي يكاد يكون متساوياً لدى أطفال التخلف العقلي.

13. طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر، بينما لا يحدث هذا في حالة التخلف العقلي.

14. طفل التوحد قد ينبغ أو يتفوق أو يبدي مهارة فائقة في أحد المجالات كالرياضيات أو الفن (كالموسيقى أو الرسم) أو الشعر أو النشاط الرياضي بشكل قد لا يستطيع الطفل العادي بلوغه، وهي سمة لا توجد عند طفل التخلف العقلي إلا في حالات نادرة للغاية.

15. طفل التوحد يعيش في عالمه المغلق وكأن حواسه وجهازه العصبي المركزي قد توقف تماماً عن العمل عن الاهتمام بما حوله، فهو لا يبالي بمن حوله لدرجة أن علاقته بأمه ليست مثل علاقته بأي شيء في بيته حتى لو كان كرسياً أو لعبة أو ملعقة.

16. التوحد من حيث انتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي بنسبة حدوثه 2- 3: 1000 على الأكثر، بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة 3٪ من المجتمع أو أكثر.

17. التوحد إعاقة يولد بها الطفل، وتظهر أعراضها مبكراً في حدود زمنية أقصاها 30شهراً، أما التخلف العقلي فقد يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي إلى تلف في المخ أو الإصابة بمرض معد (كالالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية) أو نتيجة التلوث البيئي (بمثل الرصاص والزئبق).

18. طفل التوحد لا يرحب (بل يرفض) حمل الأم له واحتضانه أو تقبيله، بعكس طفل التخلف العقلي.

19. طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية، كما أن لديه قصوراً وغياب القدرة عن التعبير عنها.

20. عجزه عن التواصل لا يقتصر فقط على التواصل اللغوي، بل يمتد، أيضاً ليشمل التواصل غير اللغوي بالعيون – بتعابير الوجه – بحركة الأيدي والحركات البدنية وتنغيم نطق الكلام Auxiliary Language بينما لا يحدث ذلك في حالة التخلف العقلي (إلا في الحالات التي تعاني من تخلف عقلي شديد. (عثمان لبيب فراج، 2002، 75 :77).

علاج التوحد

قبل أن نبدأ في علاج للطفل التوحدي يجب أن نذكر العوامل التي تؤثر على مدى تقبل وتقدم الطفل التوحدي للعلاج منها:

العوامل التي تؤثر على مدى تقدم الطفل التوحدي

1. درجة الذكاء IQ: تظهر أعراض التوحد بوضوح وشدة على صغار الأطفال وتتلاشى شدتها مع التطور الإدراكي لديهم وهناك تقديرات بأن 77٪ منهم لديهم تأخر ذهني تتفاوت درجاته من خفيف إلى شديد وعندما يكون التوحد مصحوباً بتأخر ذهني شديد فهو يسمى بالتوحد ذي الأداء المنخفض (Low Function Autism) ويقدر أن حوالي 27٪ من الأشخاص التوحديين ينتمون إلى هذه الفئة، بينما 50٪ منهم يعانون التوحد وتأخراً ذهنياً خفيفاً أو متوسط الشدة، أما القلة المتبقية ممن لا يعانون تأخراً ذهنياً فإن 23٪ منهم ينتمون إلى فئة التوحديين ذوي الأداء الوظيفي العالي High Function Autism وتؤثر الإصابة بالتأخر الذهني على الأشخاص التوحديين من ناحية مدى تقدمهم، حيث تتضاءل قدرتهم على التعلم من خلال تجاربهم اليومية وبالتالي تتضاءل توقعات تحقيق نتائج إيجابية، وكلما ازدادت شدة التأخر الذهني لدى الشخص التوحدي، انخفضت بالتالي فرص اعتماده على نفسه واستغنائه عن مساعدة الآخرين له.

2. الخبرات التي يتعرض لها الطفل في برامج التدخل: يحتاج الطفل التوحدي أن يتعلم الخبرات التي يأتي الطفل الطبيعي مزوداً بمعرفة مسبقة لها وحيث أن هناك الكثير من

المهارات التي ينبغي أن يتعلمها الطفل، كما من الضروري أن يتلقى عدداً كبيراً من ساعات التدخل، بما يتراوح بين 20- 40 ساعة أسبوعياً، ولا سيما في السنوات الأولى من التدريب وبما أن مراكز التربية الخاصة ليست لديها في العادة الإمكانية لتوفير هذا العدد من الساعات، فإن دور الأسرة في تعليم الطفل أمر لابد منه إذا أردنا أن يحقق النجاح الذي نصبو إليه.

3. تطور اللغة: حيث إن عملية التفكير تصبح أسهل بكثير مع وجود التطور اللغوي، فإن الأطفال التوحديين الذين تطورت مهاراتهم اللغوية سيحققون بمرور الوقت تحسناً هاماً في تطورهم العام، الاجتماعي والعاطفي بشكل خاص. (وفاء الشامي،2004 :24: 25)

التدخل المبكر Early Intervention

من الناحية الإجرائية يعرف التدخل المبكر Early Intervention على أنه يتمثل في إجراءات منظمة، تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الحاجات الخاصة، وتدعيم الكفاءة الوظيفية Functional لهم ولأسرهم لذلك فإن الهدف النهائي للتدخل المبكر هو أن يعتمد على تطبيق سياسات وقائية Prevention strategies بهدف تقليل نسب حدوث أو درجة شدة مسببات الإعاقة أو العجز وهذه السياسات قد تكون أولية أو ثانوية.

للأسرة دور فعال وكبير في تقدم الطفل من ذوي الحاجات الخاصة بصفة عامة، والأطفال التوحديين بصفة خاصة، حيث يقضي الطفل باقي الوقت في المنزل ونهاية الأسبوع وفي المناسبات، مما يستدعي الأسرة أن تحضر الدورات التدريبية التي تقيمها المؤسسات المسئولة عن البرنامج التربوي للطفل، وتتعاون مع المعلمين باستمرار في برامج الطفل المنظم، وتهيئة البيئة المناسبة في المنزل، حتى تساعده على تعديل سلوكه بقدر الإمكان، وخفض السلوكيات غير المرغوب فيها.

ومن حيث فاعلية دور الأسرة فلقد تخلت كل المؤسسات التأهيلية في الغرب عن وجود برنامج السكن الداخلي والذي يبعد الطفل عن أسرته طوال العام، واستعانت بالبرامج النهارية العادية ليعود الطفل إلى منزله في نهاية اليوم الدراسي.

والواقع أن رعاية الأسرة وحنان وعطف الوالدين، يمثلان الجهد الأساسي في فاعلية رعاية أطفال التوحد ، كأساسي للتدخل المبكر القائم على علاج الطفل وتعديل سلوكه. (كوثر عسلية، 2006، 171: 172) وأوضحت سميرة عبد اللطيف السعد (2000، 263،

271) بدراسة حول قضايا ومشكلات التعريف والتشخيص والتدخل المبكر مع أطفال التوحد حيث خلصت النتائج إلى إعداد برنامج تربوي وتعليمي لتحديد حاجات الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء والذي يعد ضرورة من ضرورات التدخل المبكر مع أطفال التوحد.

وكان ترتيب أولوليات الحاجات التدريبية والتعليمية – من وجهة نظر الآباء – كما يأتي:

1. تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية.
2. التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة.
3. تدريب الطفل على السلوك المناسب في المواقف المتعددة.
4. السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه مثل الضرب والقفز والبصق.
5. التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين لفظية أو غير لفظية.
6. التدريب على كتابة الكلمات البسيطة (مهارة معرفية).
7. تطوير مهارات الاعتماد على النفس.
8. التدريب على استخدام المرحاض في قضاء حاجته.
9. توفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين.
10. تطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلاً في حياته الاجتماعية.
11. تدريب الطفل على الجلوس لأطول فترة ممكنة.
12. التدريب على الاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية.

ومن المهارات الهامة لدى أطفال التوحد، تدريبهم على الاستقلالية الفردية أي تنمية القدرة على الاختيار بين البدائل، ومنح الطفل حرية أكثر في المجتمع، هذا ويجب اتصاف البرامج بالمرونة والتعزيز المتواصل الإيجابي، والتقييم المنظم على أن يكون هناك فريق استشارة وتدريب على رأس العمل من قبل متخصصين. (سميرة عبد اللطيف: 2000، 263– 270).

العلاج الطبي

بالنسبة إلى استخدام العقاقير الطبية، فلابد من الحرص وعدم استخدام أي منها إلا بموافقة ومعرفة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقاقير المناسبة

للحالة وحجم الجرعة وتوقيتها والمدة التي يستمر فيها تعاطيها... هذا علماً بأنه حتى الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما فيه شفاء ناجح لحالات التوحد. ولكن هناك فقط ما يخفف من حدة بعض الأعراض أو يساند أو يسهل عملية التعليم أو يحد من النشاط الزائد أو السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب، أو من السلوكيات النمطية، ومن هذه العقاقير (Haloperidol) (haldol) الذي يتطلب مشورة الطبيب المختص لا في بدء استخدامه فقط، ولكن – أيضاً – في إجراءات التوقف أو إنهاء استخدامه وينطبق ذلك أيضاً على استعمال Ritalin لخفض النشاط الزائد. ومن العقاقير التي استخدمت لذات الأغراض (phenfluramine pondimin) الذي يخفض نسب سيروتونين في الدم Serotonin ... والذي كان له تأثير فعال في بعض حالات التوحد (Carotell 1995) ومن تلك العقاقير أيضاً (trexan) Naltroxone، Nadohal، (Eskalith) ، (Lithium) الذي يخفف من حدة السلوك العدواني أو إيذاء الذات وTofferenil الذي يستخدم كمهدئ للخلايا المستقبلة للمثيرات في المخ. (zingreli, 1992)

العلاج بالحمية الغذائية

أشار بول شاتوك Pouli shattonk في جامعة سندرلاند في بريطانيا إلى أن أساس اضطراب التوحد هو اضطراب أيضي Disorder Metabolic يحدث نتيجة تأثير الببتايد Peptide وهي مادة تنشأ من البروتينات نتيجة الهضم، وتحدث نتيجة التحليل غير المكتمل أثناء عملية أيضية لبعض أصناف الطعام وخاصة الجلوتين Gluten بروتين من القمح ومشتقاته الكازين Casien بروتين من الحليب ومشتقاته، وحيث يحدث تأثير تخديري على التوصيل العصبي ووجود هذا التأثير التخديري بدرجة كبيرة في الجهاز العصبي المركزي، يحدث اضطراباً في أنظمته، وينتج عن ذلك اضطراب في الجوانب المعرفية والانفعالية ونظام المناعة والقناة الهضمية.

كما يشير هذا الاتجاه إلى احتمال أن يكون للتطعيمات التي تعطى للأطفال دور في حدوث اضطراب التوحد بين حدوث تغيرات على أطفالهم بعد التطعيم بأيام وأحياناً بساعات محددة.

ويقترح المؤيدون هذا الاتجاه العلاجي برنامجاً غذائياً خاصاً بأطفال التوحد يكون خالياً من الجلوتين والكازيين بعد فحوصات مختبرية للبول لمعرفة مستوى الببتايد المختزنة، حيث إن الحمية الغذائية المناسبة، تساعد كثيراً من أطفال التوحد، على تحسن بعض المظاهر

السلوكي لديهم، مما يجعلهم أكثر قابلية للتعليم والتدريب (كوثر حسن عسلية: 2006، 175).

البرامج العلاجية المساندة للتدخل المبكر في علاج التوحد

أولاً: برنامج تيتش (TEACCH)

Treatment and Education of Autistic and Related communication Hand capped children:

هو برنامج تربوي للأطفال التوحديين ومن يعانون من مشكلات تواصل، وقد طوره الدكتور (إريك شوبلر) Eric Schopler في عام 1972 في جامعة نورث كارولينا، ويعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم التوحديين كما ويعتبر برنامجاً معتمداً من قبل جمعية التوحد الأمريكية.

وتعتبر أهم ركيزة للبرنامج هي تعليم الأشخاص التوحديين من خلال نقاط قوتهم والتي تكمن في إدراكهم البصري، وتعويضهم عن نقاط الضعف لديهم، والتي هي فهم اللغة والبيئة، ويتم ذلك من خلال تنظيم البيئة واستخدام معينات بصرية مثل الصورة والكلمات المكتوبة.

يهيئ التعليم المنظم للبيئة لتعليم الأشخاص التوحديين من خلال تنظيم المكان والزمان والأحداث بطريقة توضح للطالب ما يلي:

1. ما هو المطلوب منه.
2. متى يفترض أن يقوم بعمل ما.
3. أين سيقوم بالعمل.
4. كيفية إنجاز المطلوب.
5. البداية والنهاية لكل نشاط.

يتم هذا التنظيم من خلال دلائل بصرية كالجداول، والصور، والأنشطة البصرية (وهذه لا تتطلب الكلام في استخدامها ولمعرفة المطلوب)، وكروت انتقال توضح للتلميذ أنه حان وقت الانتقال من نشاط أو مكان إلى آخر، وتحديد أماكن الأنشطة.

من مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الطفل التوحدي كل على انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية – العقلية – العضلية – واللغوية وبذلك باستعمال اختبارات مدروسة.

برنامج تيتش يدخل عالم الطفل التوحدي ويستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين أيضاً وهذا البرنامج متكامل من عمر 3 – 18 سنة حيث إن تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له عامل مهم جداً لملء الفراغ وإحساسه بأنه يقوم بعمل منتج مفيد قبل أن يكون وسيلة لكسب العيش، إذن البيئة لبرنامج تيتش بيئة تعليمية منظمة تقوم على المعينات والدلائل البصرية لكي يتمكن الطالب من التكيف مع البيئة لأنه يعاني من بعض من هذه السلوكيات.

- التعلق بالروتين.
- القلق والتوتر في البيئات التعليمية العادية.
- صعوبة في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام.
- صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر.
- صعوبة في فهم الكلام.
- صعوبة في فهم الأماكن والمساحات في الصف.
- تفضيل التعليم من خلال الإدراك البصري عوضاً عن اللغة اللفظية.

تقوم البيئة التعليمية المنظمة على:

- تكوين روتين محدد.
- تنظيم المساحات.
- الجداول اليومية.
- التعليم البصري.

ويرتكز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات للتكيف في المجتمع ومهارات حركية والمهارات الأكاديمية. (كوثر حسن عسلية : 2006، 223: 225).

ثانياً: برنامج لوفاس Lovaas

هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين (دكتور إيفار لوفاس (IVar Lovaas) وهو طبيب نفسي بدأ رحلته مع التوحد في أواخر الخمسينات من القرن العشرين وقد بنى نظريته على تحليل السلوك ويعتبر أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في

تعليم الأشخاص التوحديين ويقوم هذا البرنامج على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناء على نقاط القوة والضعف لطفل وإشراك الأسرة في عملية التعليم.

ويقبل الأشخاص الذين شخصت حالاتهم بالتوحد ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى (5) سنوات وتكون درجات الذكاء أعلى من (40) درجة ذكاء ولا يقبل من هم أقل من ذلك، وقد يقبل لهذا البرنامج من هم في عمر 6 سنوات إذا كانت لديه المقدرة على الكلام.

ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود 40 ساعة أسبوعياً أي بمعدل 8 ساعات يومياً، حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة 20 ساعة وتزداد تدريجياً خلال الشهور التالية حتى تصل إلى 40 ساعة أسبوعياً.

يعتبر التدريب من خلال المحاولات المنفصلة من أنجح الاستراتيجيات التعليمية مع الأشخاص ذوي التوحد أو ذوي أي من الاضطرابات النمائية الشاملة وبناء على ملاحظات لوفاس حول زيادة السلوك المرغوب بعد الحصول على التعزيز كشف لوفاس من أن استخدام المعزز ليس فقط للحد من السلوك السلبي بل ليزيد أيضاً من إمكانيات التعلم والتدريب للمهارات المختلفة وينبغي أن يكون حجم المعزز متناسباً مع حجم الاستجابة وبالتالي إذا كانت استجابة التلميذ ملقنة (أي بمساعدة) فينبغي أن يصغر حجم المعزز عما لو استجاب التلميذ من تلقاء نفسه (أي بدون مساعدة) حيث يحصل على شيء محبب له بعد قيامه بما يطلب منه مباشرة وبالكمية المناسبة للاستجابة وهنا بالطبع يشجع الطفل على الاستمرار في التدريب والقيام بما يطلب منه.

ولاستخدام المعزز قوانين وإجراءات دقيقة ومفصلة ينبغي اتباعها كي يكون التعزيز أسلوباً فعالاً.

أما التعليم من خلال المحاولات المنفصلة فهو يتكون من ثلاثة عناصر أساسية: المثير، والاستجابة وتوابع السلوك ومن خلال هذا الأسلوب يقوم المعلم بتعليم الطفل منهجاً يشمل أكثر من (500) هدف يتم ترتيبها من الأسهل للأصعب.

حيث يعتبر السؤال الموجه لطفل مثيراً وإجابة الطفل استجابة وإعطاء الطفل شيئاً محببا له (قطعة شكولاته) عندما تكون إجابته صحيحة تعتبر توابع السلوك وتكرار هذه الطريقة لتعليم وتدريب الطفل على الكثير من المهارات.

ومن أهم الركائز لبرنامج لوفاس في تطبيقها هو القياس المستمر لدى تقدم الطفل في كل مهارة وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولاته الطفل الناجحة منها والفاشلة.

وأهم المجالات التي يركز عليها لوفاس. (الانتباه – التقليد – لغة الاستقبال – لغة التعبير – ما قبل الأكاديمي – الاعتماد على النفس) ومع تقدم الطفل وتطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجال من المجالات السابقة، وتضاف لها أهداف للمجالات الاجتماعية والأكاديمية والتحضير لدخول المدرسة.

وتتراوح مدة الجلسة الواحدة ما بين (60- 90) دقيقة للأطفال المبتدئين تتخلل الجلسة استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين كل (10- 15) دقيقة من التدريب وحين انتهاء الجلسة أي بعد (60- 90) دقيقة يتمتع الطفل باستراحة أو لعب لمدة تتراوح ما بين (10- 15) دقيقة ويعود بعدها إلى جلسة أخرى، وهكذا حتى ينتهي عدد الساعات المحددة للطالب يومياً، وقد تطول مدة الجلسات للأطفال غير المستجدين في البرنامج إلى (4) ساعات تتخللها فترات استراحة مدتها (1- 5) دقائق وتنتهي باستراحة مدتها (15) دقيقة (كوثر حسن عسلية: 2006، 223: 225).(وفاء الشامي:2004، 30- 42).

ثالثاً: برنامج دوجلاس

The Douglass Developmental Disabilittes Center ; DDDC

مركز دوجلاس للاضطرابات النمائية

تأسس مركز دوجلاس للاضطرابات النمائية في عام 1972 ليخدم الأشخاص التوحديين من كل الأعمار وفي عام 1987، طرأت تغييرات متعددة على البرنامج ومن ضمنها استهداف دمج الأطفال ذوي التوحد مع أطفال طبيعيين في الروضة بعد أن يتلقى الأطفال التوحديون تدريباً يمكنهم من ذلك وهكذا افتتحت فصول دمج الأطفال التوحديين في الروضة مع أطفال طبيعيين ضمن البرنامج.

قام منهج دوجلاس بناء على تسلسل نمائي لمهارات متعددة منتظمة من الأسهل إلى الأصعب ويعتبر الهدف الأساسي من المنهج تعليم الأطفال المهارات الاجتماعية واللغة والتواصل بما في ذلك التعبير عن أنفسهم وفهم الغير وبالإضافة إلى ذلك، يتعلم الطفل مهارات، إدراكية وحركية ومهارات الاعتماد على النفس والتعبير عن المشاعر وتسميتها وينقسم برنامج دوجلاس إلى ثلاث مراحل هي:

1. فصل التحضير.

2. فصل المجموعة الصغيرة.
3. فصل الدمج في مرحلة رياض الأطفال.

تعتمد فلسفة دوجلاس التعامل مع السلوكيات غير السوية للطفل من الاتجاه الحديث سبباً لنظرية تعديل السلوك وهو ما يعرف بالمدخل الوظيفي لتعديل السلوك (Functional Approach) فتتحدد بالتالي طرق معالجة السلوك بناء على وظيفته والتي غالباً ما تتخذ وظيفة التواصل (وفاء علي الشامي: 2004، 67: 72).

رابعاً: برنامج ليب LEAP

Learning Experiences: An Alternative programming for preschoolers.

تعليم الخبرات من خلال البرنامج البديل للأطفال في سن ما قبل المدرسة

تأسس مركز تعليم الخبرات من خلال البرنامج البديل للأطفال في سن ما قبل المدرسة (ليب) في عام 1982م وكان أول برنامج يدمج الأطفال التوحديين مع الأطفال الطبيعيين منذ بداية التدريب (straing & crdisco 1994).

وفي عام 1985 أصبح أحد برامج التدخل المبكر لدى قسم عيادة الطب النفسي للأطفال في جامعة بتسبورغ في الولايات المتحدة الأمريكية.

يتلقى كل من الأطفال الذين يعانون أحد الاضطرابات النمائية الشاملة والأطفال الطبيعيين منهج رياض الأطفال، وهو يشمل كل مجالات التطور ومنها الإدراك والحركة النواحي الاجتماعية واللغوية والانتباه والاعتماد على النفس والسلوك وما إلى ذلك. إلا أن هناك تعديلات تجرى على المنهج عند تطبيقه على الأطفال التوحديين ومنها التعليم الفردي الذي يتلقى الطفل من خلاله تدريباً إضافياً على اتباع روتين الفصل، والانتقال من نشاط إلى آخر أو من مكان إلى آخر، واختيار الألعاب ومهارات اللعب، والمهارات الاجتماعية، والمهارات اللغوية، وتعديل سلوك الأطفال الذين يظهرون سلوكيات غير مناسبة هذا بالإضافة لأخصائي نطق ولغة، يحتوي البرنامج على ثلاثة عناصر أساسية هي:

1. رياض الأطفال.
2. تعديل السلوك.
3. نشر الوعي وتدريبه خارجياً.

نلاحظ أن البرامج الناجحة في تعليم الأشخاص ذوي التوحد جميعاً تولي اهتماماً خاصاً لتدريب الأسر ودعمها منذ بداية مراحل تطبيق البرامج؟

كذلك يطلب من الأسر المشاركة في عملية تعليم الطفل في مراحل التعليم كافة، وهذا أمر ينبغي على جميع المختصين الذين يتعاملون مع أشخاص توحديين أو لديهم أي من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى التركيز عليه، حتى وإن كانت الأسرة في بادئ الأمر تبدو غير متعاونة ومن خلال إعطاء الأسر الدعم والتدريب المناسبين يصبحون أكثر حماساً للعمل مع أطفالهم. (وفاء علي الشامي،2004: 73،77).

ثانياً: اضطراب متلازمة الأسبرجر Asperger syndrome

نشأته

في بدية الأمر كان يشخص الطفل المصاب بإسبرجر على أنه توحد بسبب التشابه الكبير بين الإعاقتين فسميت باسم "توحد الكبار" Adult Autism، حيث تختلف أعراض الاسبرجر عن التوحد فهي تظهر في سن 4- 6 سنوات، أما أعراض التوحد فتظهر في خلال 18 شهراً بعد الولادة كما كان يطلق عليه التوحد ذو الأداء الوظيفي العالي" Autism High functioning" أو إعاقة التوحد الخفيف Mild autism وذلك نظراً لأن أعراض الاسبرجر أخف بكثير عن أعراض التوحد، وكما كان يطلق على التوحد في بدايته بالشخصية الفصامية أصبح يطلق على حالات إعاقة الاسبرجر مصطلح الشخصية الفصامية أيضاً Schizotypal personality ويرجع اسم اضطراب اسبرجر إلى العالم النمساوي Hans Asperger الذي ظلت بحوثه دفينه مكتبه باللغة النمساوية حيث تمت أبحاثه ودراساته في أوائل الأربعينات، ونتيجة للحرب العالمية الثانية، وأحتلال ألمانيا للنمسا، لم تظهر هذه الأبحاث إلى النور إلا عندما التقى سبرجر نفسه مع طبيبة الأطفال "لورنا وينج" التي كانت ابنتها تعاني من حالة توحد وذلك عام 1981 وقامت بتلخيص بحثه بالإنجليزية.

أصدر العالم البريطاني Frith كتابة عن التوحد والاسبرجر في شهر يونيو عام 1991 والذي نشر فيه بحثاً لأول مرة عن الاسبرجر باللغة الإنجليزية.

ثم أصدر الدليل الأحصائي للاضطرابات النفسية DSM.4 في إصداره الرابع عام (1994) لأول مرة باسم اضطراب اسبرجر كإحدى اضطرابات النمو الشاملة.

كما ورد في الدليل الدولي لتصنيف الأمراض في إصداره العاشر (ICD.10) International classification of diseases الذي تصدره هيئة الصحة العالمية.

تعريف الأسبرجر

متلازمة الأسبرجر هي إحدى إعاقات مجموعة اضطرابات النمو ذات الأصول التكوينية البنيوية (constitutional) والخلقية الولادية Congenital (أي تكون موجودة عند الميلاد) ولكنها لا تكتشف مبكراً، بل بعد فترة نمو عادي على معظم محاور النمو قد تمتد إلى عمر (4-6) سنوات وتصيب الأطفال ذوي الذكاء العالي أو العادي، ونادراً ما يصاحبها تخلف عقلي بسيط، ويبدون تأخر في النمو اللغوي او المعرفي ... وتتميز بقصور كيفي واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي مع سلوكيات شاذة واهتمامات محدودة غير عادية، وغياب القدرة على التواصل غير اللفظي وعلى التعبير عن العواطف والانفعالات أو المشاركة الوجدانية Empathy. (عثمان لبيب فراج، 2002: 102).

نسبة انتشار الأسبرجر

من حيث مدى انتشار متلازمه اسبرجر، فإنه بسبب حداثة اكتشافه وغموض بعض جوانبه مثل العوامل المسبة وصعوبات تشخيصها والتشابه الكبير بينها وبين بعض الإعاقات الأخرى من اضطرابات النمو الشامل فإنها لا توجد حتى الآن إحصاءات دقيقة عن مدى انتشاره لكن التقديرات المبدئية تشير إلى أنه أوسع انتشاراً من التوحد وتتراوح بين (3 4) حالات من بين كل ألف ولادة حية، كما أنها تنتشر أكثر بين الذكور عنها بين الإناث بنسبة 10 : 1.

تشخيص الأسبرجر

تشخيص حالات الاسبرجر في ضوء معايير الدليل الإحصائي(D.S.M-4)

فيما يلي نص تلك المعايير التي وضعتها الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين بهذا الدليل عام 1994 American Association of psychiatris (1994).

أولاً: عدم ظهور أي قصور أو تأخير في النمو اللغوي أو المعرفي، وأن يكون الطفل قد بدأ يستخدم كلمات مفردة للتعبير قبل أن يصل إلى عمر سنتين ويستطيع تكوين جمل من كلمتين أو أكثر قبل الوصول إلى عمر 3 سنوات على الأكثر وفي خلال تلك السنوات الثلاث الأولى، يجب أن تكون مهارات رعاية الذات وحبه للاستطلاع لظواهر وأحداث البيئة المحيطة ومتطلبات النمو وفق قواعد السلوك التوافقي لهذه المهارات قد تم اكتسابها بما يتناسب مع مراحل نمو ذكائه على مدى تلك السنوات الثلاث. إلا أن

نمو الحركي يعاني من تـأخر أو مسلوك فقط أخرق Clumsiness وكثيراً مـالوحظ في أطفال الاسبرجر، إلا أنه شيء عادي، وليس من شروط التشخيص.

ثانياً: قصور كيفي في نمـو القـدرة علـى التواصـل والتفاعـل الاجتمـاعي المتبـادل ويتطلـب تشخيص الحالة على أنها سبرجر، وجود هذا القصور في ثلاث على الأقل من الخمس نواحي القصور التالية:

1. الفشل أو العجـز عـن التواصـل غـير اللفظـي عـن طريـق التعبـير بـالعين (تبـادل النظرات) أو بتعابير الوجه أو بأوضاع أو بحركات الجسم أو بالأيـدي أو بالأصـابع أو بالراس... الخ.
2. الفشل في تكوين وتنمية علاقات مع الأقران بما يتناسب مع العمر، ويـوفر الفـرص المتاحة لذلك، والتي تؤدي إلى الاشتراك المتبادل في الاهتمامـات وأنـشطة المشاركة الوجدانية أو العاطفية والانفعالية.
3. من النادر أن يلجأ إلى الآخـرين طلبـاً للراحـة أو حـل مـشكلة أو تخفيـف همومـه الشخصية أو استجداء الحب أو العطف من الآخرين.
4. غياب اهتمام الطفل أو الـشاب المـصاب بمـشاكل أو متاعـب أو أحـزان أو أفـراح الآخرين، أو الإحساس بالاستمتاع بمشاركتهم مسراتهم أو الرغبة في تلك المشاركة.
5. الفشل في المشاركة والتبادل الاجتماعي والوجداني كما يتمثل في شـذوذ أو قـصور الاستجابة لعواطف وانفعالات الآخرين مع أو غياب القدرة على تطويـع الـسلوك ليتناسب مع ظروف وطبيعة المواقف الاجتماعية أو ربما بمعنى آخر – غيـاب القـدرة على تحقيق تكامل سلوكيات التواصل الاجتماعية والانفعالية.

ثالثاً: الاندماج في سلوكيات وأنشطة محدودة نمطيـة أو طقـوس تتكـرر لفـترات طويلـة دون ملل، مع عدم الاهتمام بما يدور حوله أثناءها أو الاهتمام بأشياء تافهة، والتعامل معهـا بشكل غير هادف (مثل فحص أجزاء زهرة أو جهاز أو حلقـة مفـاتيح أو أجـزاء مثـل ريشة المروحة أو الغسالة أو غيرها أو في شـكل التـصاق بعـادات حركيـة فيهـا تكلـف غرابة. (عثمان لبيب فراج، 2002، 110: 111).

التشخيص الفارق بين الاسبرجر والتوحد

على الرغم من تـشابه إعـاقتي الاسـبرجر والتوحـد في بعـض الخـصائص الـسلوكية والانفعالية إلا أنه في دليل التشخيص الإحصائي DSM4 وضـع الإعـاقتين ضـمن تـصنيف اضطرابات النمو الشامل، إلا أن هناك اختلافات تميز كلاً منهما عن الآخر:

1. يتم اكتشاف إعاقة التوحد في (18) شهراً من عمر الطفل حيث تبدأ تظهر أعراض التوحد، أما الاسبرجر في بداية حياته فهو طفل طبيعي إلى مرحلة سنية معينة حتى(4-6) سنوات حتى تظهر الإعاقة.
2. النمو اللغوي لدى الطفل التوحدي يكاد يكون متوقفا أو محدوداً للغاية، وإذا تكلم فإن كلامه يكون مضطرباً وخالياً من النغمات الصوتية التعبيرية التي تضفي على الكلمات معاني إضافية، أما طفل الاسبرجر فإن نموه اللغوي ليس له مثل هذه الأعراض التي تظهر لدى التوحدي، فالاسبرجر ليس لديه قصور في النمو اللغوي بل ليست لديه القدرة على إدراك العلاقات بين السبب والنتيجة، أو الجزء والكل، وليست لديه القدرة على فهم الألفاظ والتعبيرات غير المباشرة، وقد يجد صعوبة في التعميم والمفاهيم المجردة (الإيمان، الصدق، الإخلاص)
3. طفل الاسبرجر أسهل مراساً في التعامل معه وتدريبه في تنفيذ برامج العلاج والتأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهود فائقة وصبر وجلد في التعامل معه أو تدريبه.
4. طفل الاسبرجر تكون معدلات ذكائه عادية أو عالية بما يسمح بالنمو المعرفي بدرجة تيسر في عملية العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي، أما أطفال التوحد فتوجد نسبة 75٪ منهم لديهم تخلف عقلي.
5. حالات التخلف العقلي تكون مصحوبة بطفل التوحد عنها لدى طفل الاسبرجر.
6. طفل الاسبرجر قد يحقق استقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار، أما طفل التوحد غالباً ما يحتاج إلى رعاية مدى الحياة تقريباً.
7. طفل التوحد لا يقتصر عجزه عن التواصل اللغوي بل يمتد ليشمل التواصل غير اللغوي بالعينين، بحركات الأيدي، الحركات البدنية، بينما طفل الاسبرجر يستطيع أن يتواصل مع الآخرين لغوياً أو غير لغوي فيكون التواصل معهم في أنشطة ضيقة محدودة تدور غالباً حول اهتماماته وحاجاته الشخصية التي قد تبدو غريبة وعادة غير مألوفة.
8. هناك من وضع تقارباً بين طفل التوحد ذي الأداء العالي وظيفياً، وطفل الاسبرجر من حيث معدل الذكاء اللفظي إلا أنه إذا كان متساوياً فهناك فروقات في معدل الذكاء غير اللفظي.
9. طفل التوحد غير واع لوجود الآخرين حوله، ولا يبدي أي إحساس أو اهتمام بهم ولا يحاول التواصل معهم أما طفل الاسبرجر فيدرك جيداً وجود الآخرين حوله، ويشعر بهم ويبذل محاولات للحديث معهم.

أسباب الاسبرجر

على الرغم من تعدد البحوث التي تناولت إعاقات النمو الشاملة الأخرى، إلا أنه لازال هناك الغموض الذي يحيط ببعض جوانب الاسبرجر ولسنا نعرف حتى الآن بدقة درجة انتشاره ولا نسبة الإصابة بين الذكور والإناث ولا العوامل المسببة له هل هي جينية أم بيئية؟ أو كلاهما ومع أن إعاقة الاسبرجر يمكن أن تكون إعاقة مميزة وليست بأي حال من الأحوال نوعاً من إعاقة التوحد بناء على ما أكده الدليل الدولي لتشخيص الإعاقات والأمراض النفسية في الطبعة الأخيرة، المعدلة (D.S.M-4) إلا أنه لا يزال هناك جدل حول هل الاسبرجر إعاقة مستقلة أم أنه صورة أو نوع أو فئة من إعاقة التوحد؟

الخصائص السلوكية والسمات الشخصية للأسبرجر

(أوضح عثمان لبيب فراج 2002، 102، 103) أن :

أعراض إعاقة الاسبرجر متعددة ومتنوعة، وتختلف من فرد إلى آخر. ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً.وأن الأعراض التالية يمكن أن توجد في حالات مختلفة وليس في فرد واحد.

1. غرابة أو شذوذ في العلاقات الاجتماعية التي غالباً ما تكون فجة غليظة سمجة خرقاء إذا قورنت بعلاقات الأطفال العاديين.
2. نمو لغوي وحصيلة لغوية لفظية قريبة من العادية ولكن مع صعوبات في استخدامها.
3. شخصية مرحة – حيوية – لماحة – طموحة.
4. السذاجة وسلامة النية.
5. عادة ما يكون الفرد المصاب غير مدرك أو متفهم لمشاعر الآخرين.
6. العجز عن البدء والاستمرار في حديث متبادل بشكل طبيعي متصف بالأخذ والعطاء مع الآخرين.
7. سريع الانزعاج بسبب أي تغيير في الحياة أو للأعمال الروتينية أو التقلب أو التحول أو الانفعال بتغيير المكان أو برامج النشاط اليومي.
8. منطلق في حديثه ولكنه حرفي يتمسك بالمعنى اللفظي الحرفي المباشر للكلمة أو الجملة في حديثه مع الآخرين أو في تفهمه لكلامهم أو لما يقرأ

9. فائق الحساسية للأصوات العالية والضوء القوي والروائح النفاذة.
10. غالباً ما تدور اهتماماته أو أحاديثه عن موضوعات محدودة ويهتم بالعلوم والحساب.
11. شذوذ في حركاته وتحركاته وفي مزاولة الأنشطة الرياضية.
12. يتمتع بذاكرة قوية لأدق التفاصيل ولكن مع غياب المرونة في التفكير.
13. يعاني من صعوبات في النوم وفي تناول الطعام.
14. يجد صعوبات في فهم أو استيعاب ما يقرأ أو يسمع.
15. يستخدم تعابير وجه أو تواصلاً غير لفظي فجاً أو غير مناسب.
16. يستخدم في حديثه ألفاظاً غير عادية تتميز بالتكرار الممل أو تعليقات عنيفة أو غير مناسبة للمواقف أو جارحة أحياناً.
17. في كلامه مط أو تطويل في نطق الألفاظ مع لهجة متكلفة رسمية.
18. يتحدث عادة بصوت مرتفع مطرد النغم أو النسق Monotonous على وتيرة واحدة.
19. في سياق حديثه لا يهدأ جسمه عن الحركة، فهو كثير التململ والاهتزاز والقلق واستعمال يديه أو الخطو إلى الأمام أو الخلف أو الجانب، وخاصة عندما يكون في حالة اهتمام وتركيز.
20. ندرة أو غياب القدرة على تفهم الآخرين أو وضع ذاته مكانهم.
21. نتيجة كل أو بعض تلك السمات يصعب عليه أو يستحيل تكوين صداقات، أو إذا تكونت فلفترة قصيرة، ثم تنقطع، ولذا يعاني كثيراً أو دائماً من الوحدة والعزلة.
22. كثيراً ما يستغرق حتى أذنيه في خليط من الموضوعات المحددة تدور في إطار ضيق لا يحاول تجاوزه (مثل الطقس – قنوات التليفزيون. جداول قطارات السكة الحديد أو الطائرات – خرائط جغرافية...الخ)
23. المعاناة من صعوبات في الإدراك اللمسي والتآزر النفسحركي والإدراك المكاني والتخيل الفراغي أو التفكير المجرد.

البرامج العلاجية الاسبرجر

نجد أن البرامج التي استخدمت للأطفال التوحديين، والتي اعتبر معظمها برامج تدخل مبكر هي نفسها البرامج التي تستخدم للأطفال الاسبرجر. ومن أشهر هذه البرامج مشاهدة برامج (تيتش، دوجلاس، ليب، لوفاس) حيث إن هذه البرامج أدت إلى نتائج

متقاربة، بغض النظر عن الاختلافات في الفلسفة والمبادئ وأساليب التعليم المتبعة، فإن الاستنتاجات حول ممارسة الإيجابية في تعليم الأشخاص الاسبرجر ينبغي أن تنبثق من تحليل العوامل المشتركة لهذه البرامج (Diawson & osterling,1997.).

وبناء على ما ورد في دراسات هامة في هذا المجال، فإن هناك عشرة عوامل مشتركة للبرامج التي أثبتت بطريقة علمية تقدم التلاميذ الملتحقين بها وهي كالتالي:(Diawson & osterling. 1997, National Reserch council, 2001).

1. تأهيل الكوادر العاملة.
2. تقديم منهج دراسي يعنى بمعالجة خصائص الاسبرجر.
3. تنظيم البيئة التعليمية بشكل يدعم التلاميذ ويوفر لهم فرصاً لتعميم المهارات التي يتعلمونها.
4. توفير الروتين.
5. اتباع مدخل عملي وقائي لمعالجة السلوكيات غير السوية.
6. تقويم التلاميذ بشكل مستمر.
7. تحضير التلاميذ للانتقال إلى فصول عادية.
8. اشتراك الأسر في عملية تعليم التلاميذ.
9. تطبيق الأساليب التعليمية المبنية على أسس علمية.
10. تدريب التلاميذ بشكل مكثف، وعوامل أخرى.

وعلى الرغم من التقدم العلمي في مجال معالجة الأطفال الاسبرجر، وتحديد عناصر النجاح فيها، إلا أنه ما تزال بعض المسائل حول برامج التدخل عالقة دون إجابة عليها ومنها:

1. لا يمكن في الوقت الحالي معرفة أي من هذه البرامج تتناسب مع أي من الأطفال. فهل برنامج تيتش على سبيل المثال يناسب الذين لا يتكلمون أو ذوي الأداء المنخفض أكثر مما يناسبهم برنامج لوفاس؟ أم العكس هو الصحيح؟
2. ما يزال عدد الساعات المناسبة لتدريب كل فرد قضية معلقة. فنحن لا نعرف مثلاً إن كان تعليم الطفل لمدة 40 ساعة أسبوعياً هو أفضل بكثير من تعليمه لمدة 25 ساعة أسبوعياً إلا أن الدراسات المرتبطة بهذا الموضوع أتاحت تحديد إطار لعدد الساعات

المناسبة والذي يجب ألا يقل عن 20 – 25 ساعة أسبوعياً، وعلى مدار السنة بالرغم من أن برنامج ليبب يقدم الأسرة بتدريب الطفل لمدة إضافية قدرها ساعة أو ساعتين يومياً في المنزل، وبهذا يتراوح عدد ساعات تدريب الطفل الملتحق برنامج ليبب بين 20– 25 ساعة.

3. لا يمكن في الوقت الحالي تحديد مدى تأثير الخدمات المساندة مثل التدريب المهني والتكامل الحسي على تقدم الأشخاص الذين يعانون الاسبرجر.

ثالثاً: اضطراب متلازمة الريت Rett Syndrome

نشأته

لم تكن متلازمة الريت معروفة حتى منتصف السبعينات حيث بدأ أول اكتشاف ظهورها لدى فتاة تدعى 'ستاسي Stacie' ولدت عام 1974، حيث لاحظ أبواها الأمريكيان أن حالتها بدأت تتدهور، بعد أن كانت تنمو طبيعياً حتى الشهر الخامس عشر، حيث فقدت تدريجياً ما كانت قد اكتسبته من خبرات ومهارات وأصبحت تختلف في نموها عن أقرانها المساوين لها في العمر فقاما بعرضها على العديد من الأطباء الذين فشلوا في تشخيص حالتها أو معرفة سر تدهورها وما أصابها من إعاقة، لأن أحدهم قد يظن أن الحالة هي حالة توحد Autism ثم بعد ذلك أكد أنها ليست حالة توحد، وكان التدهور قد بدأ عمره 15 شهراً حيث توقف نمو حصيلتها اللغوية عند 10 كلمات، ثم بدأت تصيبها نوبات بكاء وصراخ، وفي عمر 18 شهراً بدأت تطرق يديها في بعضها، ثم بدأت يداها تأخذ شكل حركة غسيل الأيدي بشكل مستمر، إلى درجة أصبحت معها عاجزة عن استخدامها في متطلبات الحياة اليومية من تناول الطعام وارتداء أو خلع ملابسها، ثم فقدت القدرة على التخاطب والتواصل، وفي عمر سنتين ونصف اضطرت الأسرة إلى إلحاقها بأحد فصول التربية الخاصة، ولكن عندما بلغت العام العاشر من عمرها فحصتها الطبيبة ماري كولمان التي أنشأت وكانت تدير أول عيادة بحوث إصابات المخ عند الأطفال (Children brain research) في مدينة واشنطن واستدعت والدها ووالدتها في العاشر من شهر مارس سنة 1985م، وأخبرتهما أنها عائدة لتوها من فرنسا، حيث عرفت لأول مرة الإعاقة الجديدة التي سميت باسم مكتشفها النمساوي دكتور Andreas Reit والتي تنطبق أعراضها تماماً على أعراض حالة الفتاة 'ستاسي' والتي تعتبر من هنا أول فتاة في أمريكا تصاب بمتلازمة ريت (93, hagberg / wahistro) هذا، وكان الطبيب النمساوي قد شاهد قبل ذلك بعدة سنوات حالة

فتاتين متشابهتين فيما شاهد لديهما من أعراض، أهمها حركة اليدين التي تميز تلك الإعاقة (washing movements Hand) والتي بدأت في الظهور بعد عام كامل من نموهما الطبيعي بعد الولادة، ثم قام بمتابعة حالة الفتاتين وغيرهما من الحالات المتشابهة وكتب عن نتائج بحوثه مقالاً في إحدى الدوريات العلمية عام 1965، ولكن لأنه كان قد كتبه باللغة الألمانية فلم يثر مقاله أي اهتمام في الدوائر الطبية حتى عام 1983 عندما قام الطبيب السويدي (Bengt Hagberg) بترجمه هذا المقال ونشره باللغة الإنجليزية ثم قام هذان الطبيبان (ريت وهاجبرج) بزيارة الولايات المتحدة وقاما بدراسة عدد من حالات فتيات أمريكيات مثلهما، وأعلنا عن إصابتهن بمتلازمة الريت أثناء زيارتهما معهد كنيدي في مدينة بالتيمور بولاية مريلاند وبعد ذلك تكونت الجمعية الدولية لمتلازمة الريت التي استهدفت الكشف عن حالاتها، وتوعية الآباء والأمهات، وإجراء البحوث العلمية، للكشف عن العوامل المسببة، والبحث عن أساليب العلاج أو إيقاف التدهور الذي يميزها.

تعريف متلازمة ريت

متلازمة ريت هي أحد اضطرابات النمو الشاملة: Pervasive Developmental Disorders بل تعتبر من أشد إعاقات تلك المجموعة من حيث تأثيرها على مخ الفرد المصاب وفقدانه القدرة على الاحتفاظ بما اكتسب من خبرات، وما تعلمه من مهارات كالمشي والكلام ...الخ، وكثيراً ما تصاحبها درجة من درجات التخلف العقلي، بالإضافة إلى ما تسببه له من إعاقات حركية أو إعاقة تواصل ونوبات صراعية تزيد من إعاقته عنفاً. ومن الجهود اللازمة لرعايته وتأهيله تعقيداً وهي إعاقة تصيب البنات فقط وتبدأ أعراضها في الظهور بعد الأشهر الستة أو الاثنى عشرة الأولى من عمرها ويعتقد العديد من الباحثين أنها ذات أساس وراثي له علاقة بالكروموزوم X.

نسبة انتشار الريت

تحدث بمعدل حالة واحدة من كل (10,000) ولادة حية: ولو أن المعتقد أنها أكثر من ذلك انتشاراً: لأن كثيراً من حالاتها تشخص خطأً على أنها حالات توحد أو شلل دماغي، ومع التقدم العلمي وزيادة المعلومات المتوفرة عن هذه الإعاقة خلال عقد التسعينات بدأت تقل أخطاء تشخيصها، وتبين أنها أكثر انتشاراً ولو أنه نظراً إلى حداثة المعرفة العلمية بها لا توجد حتى الآن إحصاءات أكثر دقة عن مدى انتشارها.

وهناك دراسات أخرى أثبتت أن متلازمة ريت تصيب مولوداً واحداً من كل (15.000) مولود (Hagberg, 1985).

مراحل تطور حالات الريت

تمر الفتاة المصابة بهذه الإعاقة بأربع مراحل متتالية، كما يتضح فيما يلي:

المرحلة الأولى: تبدأ الأعراض بحدوث تأخر وبطء تدريجي خفيف في النمو، بعد مرحلة نمو طبيعي قد تستمر من 6 أو 8 إلى 18 شهراً بعد الولادة، وذلك في صورة تختلف في التخاطب والتناسق الحركي.

المرحلة الثانية: تتميز هذه المرحلة بسرعة التدهور في فقدان الطفل معظم ما كان قد اكتسبه من مهارات خلال البضعة أشهر التالية للمرحلة الأولى، بدءاً بفقدان قدراته السابقة على استعمال يديه في غسيلهما وغسيل وجهه، وغير ذلك من وظائف، ثم في عدم القدرة على استعمالها في الكتابة، ولكنه كثيراً ما ينهمك في مص أو عض الأصابع وكذلك نسيان ما تعلمه من خلال عملية التطبيع الاجتماعي (socialization) أو التفاعل مع المحيطين به من أفراد أسرته وأقرانه، كما تفقد تدريجياً يفقد حصيلته اللغوية وقدرته على التخاطب، وتستمر هذه المرحلة حوالي 12 شهراً.

المرحلة الثالثة: (pseudostationary) مرحلة الكمون مع ظهور تحسن طفيف في العلاقات الاجتماعية وفي تلاقي العيون، ولكن يزداد القصور في حركة الأيدي واضطراب في التنفس مع تدهور أسرع في القدرات الحركية واتخاذ أوضاع غير عادية للجسم (القوام) وبصفة خاصة في الرقبة والرأس والمشي الذي غالباً ما يتوقف كلية، وتستغرق هذه المرحلة ما بين 10 – 20 شهراً أخرى.

المرحلة الرابعة: استمرار في تدهور كل ما كانت الفتاة قد اكتسبته من قدرات حركية، وفقدان وظائف عضلات الجسم، وبالتالي العجز عن أداء الأنشطة المختلفة دون حدوث ضمور أكثر في القدرة على الانتباه أو في التفاعل الاجتماعي أو تلاقي العيون. وتستمر المرحلة عشر سنوات أو أكثر، تزداد خلالها سرعة التدهور في القدرة على الحركة، وتزداد العضلات اضطراباً متحولة من المرونة إلى حركات تشنجية ثم إلى حالة تصلب تحتاج إلى كرسي متحرك، وتظل القدرة على التخاطب والتواصل الاجتماعي في هبوط حتى تصل إلى ما يقارب عمر طفل في الأشهر الستة الأولى (Witt Engerstrtom, 11).

تشخيص متلازمة الريت

وقد أورد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية(Dsm4)المحكات التالية لاضطراب الريت.

1. **وجود الخصائص التالية:**

أ. نمو سوي قبل أو عند الولادة.

ب. نمو نفسي حركي سوي خلال الأشهر الأولى بعد الميلاد.

ج. محيط الرأس عند الميلاد يكون طبيعياً.

2. **بعد فترة من النمو السوي يحدث الخلل في عدة صور:**

أ. نقص نمو الرأس فيما بين عمر 5 – 48 شهراً.

ب. فقدان القدرة المكتسبة من قبل في الاستخدام الهادف لليدين في الفترة العمرية من 5-30 شهراً ويتلو ذلك نمو بعض الحركات النمطية المتكررة (مثل لف اليدين أو تكرار غسيلها).

ج. فقدان المقدرة على التفاعل الاجتماعي في المراحل الأولى (مع أن هذا التفاعل يتطور في وقت لاحق على الأرجح).

د. ضعف التناسق بين حركات الساقين والجذع.

هـ. قصور شديد في تطور لغة التلقي (الفهم) ولغة التعبير مصحوب بتأخر شديد في التطور النفسي الحركي.

المعايير التي تستخدم للحكم على الحالة بأنها ريت

في غياب أمراض أخرى يجب وجود جميع الأعراض النفسية للحكم على أنها حالة ريت.

1. مرور فترة من 6 – 18 شهراً من النمو الطبيعي بعد الولادة الطبيعية وفترة حمل طبيعية.
2. أن يكون محيط الرأس عند الميلاد مساوياً للمعايير المعروفة.
3. بطء ملحوظ بعد ذلك في سرعة نمو الرأس ابتداء من الشهر السادس حتى عشر سنوات.

4. فقدان أو قصور شديد فيما يكون الطفل قد اكتسبه من القدرة اللغوية على التعبير والاتصال والتخاطب وفقدان الرغبة في التفاعل مع الآخرين إلى حد الانطواء على الذات ، مع هبوط في معدل نمو الذكاء.

5. فقدان تام لمهارات الاستخدام الهادف للأيدي، بدءاً من الشهر الخامس حتى عامين ونصف مما يعرقل محاولات قياس الذكاء أو القدرة على الفهم اللغوي والأداء العملي.

6. اندماج الفتاة في حركات نمطية للأيدي قد تتمثل في واحدة أو أكثر مما يلي: مص الأصابع أو الفرفرة والطرقعة بها أو التصفيق بالأيدي واتخاذ وضع لليدين يشبه حركة غسيل الأيدي بالصابون أو حركة العزف على العود أو الجيتار أو استمرار ضغط الأصابع والتي تحدث بشكل مستمر تقريباً، ولا يتوقف إلا عند النوم.

7. في حالة استطاعتها المشي يكون مشوباً بالترنح وصعوبة حفظ التوازن مع خطوات واسعة نوعاً بحركات تشنجية تتسم بالجمود في الأرجل وربما تتميز بالمشي على أطراف أصابع الأقدام.

8. اهتزاز أو رعشة في الجذع أو ربما في الأطراف، وخاصة في حالات الغضب أو الضيق.

9. التشخيص المتكامل لا يقرر إلا بين أعمار 3-5 سنوات، هذا ويوجد بالإضافة إلى تلك المعايير الأساسية جميعاً عدد من المعايير المساندة المختلفة التي ليس من الضروري توفرها كلها في حالة واحدة، ولكنها ليست أساسية في أعراض التشخيص، ولكنها عوامل مساعدة قد لا تظهر في الطفولة المبكرة، ولكن احتمال ظهور البعض منها يتضح مع التقدم في العمر.

علاج متلازمة ريت

إن التدخل العلاجي حالياً مقصور على مجالات التأهيل التعليمي والوظيفي المختلفة، التي إذا بدأت في سن مبكرة، فإن احتمالات نجاح نتائجها يكمن كثيراً في تخفيف حدة أعراضها أو اختفاء بعضها واكتساب الفتاة المصابة العديد من المهارات التي تمكنها من حياة أقرب ما تكون إلى الطبيعية، بل قد تؤدي إلى تخفيف حدة أو سرعة التدهور الذي تحدثه تلك الإعاقة، وخاصة في المهارات الحركية ومهارات الاتصال والتخاطب.

العلاج الطبيعي: يركز العلاج الطبيعي على علاج صعوبات التنقل الحركي والترنح والمحافظة على التوازن، والتعامل مع المهارات الحركية وخاصة الوظيفية كافة منها، فضلاً عن الوقاية من التشوهات. وهناك العلاج الوظيفي Occupational therapy فيركز على تحسين

أداء الأيدي واكتساب مهارات استخدامها في متطلبات الحياة اليومية، والعمل على خفض حدة وتكرار الحركات النمطية للأيدي حتى تختفي تماماً.

بالإضافة الى نفس طرق العلاج المتبعة مع التوحد الا ان المؤلف لم يكتبها لعدم التكرار.

رابعاً: اضطراب الانتكاسة الطفولي

Childhood Disintegrative Disorder: CDD

تعريف اضطراب الأنتكاسة الطفولي

طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية فان هذا الاضطراب يتصف بالارتداد الملحوظ في عدة مجالات وظيفية بعد عامين على الأقل من النمو الطبيعي ويشمل التدهور في الوظائف الفكرية والاجتماعية واللغوية.

نسبة انتشار اضطراب الانتكاسة الطفولي

يعد اضطراب الانتكاسة الطفولي لدى الأطفال من اندر الحالات، فهو يحدث لمولود واحد من كل 1000.000مولود وهو يشبه اضطراب الاسبرجر والتوحد من حيث إنه يصيب الذكور أكثر من الإناث.

معايير تشخيص اضطراب الانتكاسة الطفولي

كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية Dsm4:

1. نمو طبيعي واضح خلال العامين الأولين على الأقل من عمر الطفل، يتمثل في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي واللعب واكتساب مهارات سلوكية بما يتناسب مع عمره.
2. فقدان ذو أهمية إكلينكية للمهارات التي اكتسبها (قبل سن 10 سنوات في جانبين على الأقل من الجوانب التالية:
   - التعبير والتلقي اللغوي.
   - المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي.
   - التحكم في التبول والتبرز.
   - اللعب.
   - المهارات الحركية.

3. أداء وظيفي غير طبيعي في جانبين على الأقل من الجوانب التالية:

- قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي (مثل عجز في السلوك غير اللفظي وعجز عن تنمية أية علاقات مع الأنداد وفقدان القدرة على التفاعل الاجتماعي والعاطفي).
- قصور نوعي في التواصل (مثل تأخر أو فقدان القدرة على الكلام والعجز عن المبادرة أو الاستمرار في الحديث وترديد اللغة بشكل نمطي متكرر وفقدان القدرة على استخدام الخيال أثناء اللعب)
- سلوك نمطي متكرر وذخيرة محدودة من الاهتمامات والنشاطات ومن ضمنها حركات جسدية نمطية متكررة.

4. لا يتمثل الاضطراب بشكل أفضل في أي من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى أو في الشيزوفرينيا.

أعراض اضطراب الانتكاسة الطفولي

ينمو الطفل المصاب باضطراب الانتكاسة الطفولي بشكل طبيعي لفترة زمنية طويلة، وذلك من حيث نمو القدرات الإدراكية ونمو المهارات الحركية والاجتماعية لديه، وقدرته على قضاء حاجاته الخاصة إلى أن يصل الطفل إلى العمر الواقع بين 3-5 سنوات وأحياناً إلى أن يبلغ العاشرة حيث يبدأ بعدها في التدهور بشكل ملحوظ، ويأخذ سلوكه مظهراً شبيهاً بسلوك الطفل التوحدي.

وقد تتدهور حالته خلال أشهر أو حتى بضعة أسابيع ويفقد الطفل خلال هذه المرحلة مهارات سبق له اكتسابها مثل الكلام والمهارات الاجتماعية، بل وقد يفقد السيطرة على التبول والتبرز وقد يصاب الطفل كذلك بالبكم ويفقد الرغبة في اللعب.

وتنشأ لدى بعض الحركات المتكررة بانتظام على غرار ما يحدث للأطفال التوحديين وهكذا، خلال فترة زمنية لا تتجاوز بضعة أسابيع أو أشهر قليلة، وقد يتحول الطفل من طبيعي إلى طفل لا يتكلم ولا يهتم بأي تفاعل عاطفي من حوله وعندما تحدث الانتكاسة يظهر على الطفل جانبان أساسيان من ثالوث أعراض التوحد (APA, 2000) تشخيص حالات اضطراب الانتكاسة الطفولي بناء على المعرفة الدقيقة لتاريخ نمو في المرحلة الأولى من حياته، أي أنه إذا كان تطور الطفل طبيعياً في جميع الجوانب إلى أن تجاوز الثالثة من عمره ثم فقد بعدها مهاراته، كان تشخيص اضطراب الانتكاس الطفولي لهذه الحالات مناسباً.

التشخيص الفارق بين اضطراب الانتكاس الطفولي واضطراب التوحد

1. يظهر اضطراب التوحد لدى الطفل قبل بلوغه الثالثة بينما يظهر اضطراب الانتكاس الطفولي في سن متأخرة من 3 – 5 سنوات أو حتى بعدما يبلغ الطفل العاشرة.
2. يظهر القصور الاجتماعي لدى الطفل التوحدي في عامه الأول وكذلك يفقد الكلمات التي اكتسبها حيث أن عدد الكلمات في هذه المرحلة لم تكن تتجاوز 10 كلمات أو أقل (Kurita 1985) أما طفل الانتكاسة الطفولي فقد يتراجع بعد اكتسابه القدرة على استخدام جمل طويلة إلى فقدان تام للقدرة على التحدث.
3. من حيث الانتشار نجد أن نسبة انتشار الطفل التوحدي 3-4 كل 1000 حالة أما معدل انتشار طفل الانتكاسة الطفولي 1- 1000.000.
4. الطفل التوحدي أسهل مراساً في التأهيل النفسي والاجتماعي من طفل الانتكاسة الطفولي.

البرامج العلاجية لاضطراب الانتكاسة الطفولي

في برامج العلاج التي نتدخل بها لخفض اضطراب الانتكاسة الطفولي نجد أن نسبة 75٪ من الأطفال لا يسترجعون المهارات التي فقدوها، أما النسبة الباقية فيطرأ عليها التحسن الطفيف جداً وجزئياً (Vollqmar & Cohen 1989) لذا فإن النتيجة تكون أسوأ[1] بكثير مما يمكن تحقيقه مع الطفل التوحدي.

خامساً : الاضطراب النمائي الشامل– غير المحدد

Pervasive Developmental Disorder - not Otherwise specified PDD-Nos

تعريف الاضطراب النمائي الشامل- غير المحدد

يعرف الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد أيضاً بالتوحد غير النمطي (Atypical Autism) وهو يتمثل عادة في الاضطراب الأكثر تشخيصاً بين الاضطرابات النمائية الشاملة.

ونظراً لغموض وصعوبة هذا التشخيص، لم تتمكن الدراسات العديدة السائدة من توفير معلومات ثابتة محددة عن مدى انتشار هذا الاضطراب إلا أن ما تم التوصل إليه هو أن الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد أكثر شيوعاً من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى (wing & Gould).

تشخيص الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد

يتم تشخيص هذا الاضطراب عند وجود بعض ملامح التوحد في الفرد وليس جميع معايير تشخيص التوحد. وبمعنى آخر يكون الفرد توحدياً تقريباً ولكن ليس بالدرجة الكافية لتشخيص حالته بالتوحد. وبالرغم مما يواجهه المصابون بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد من صعوبات على صعيد التفاعل الاجتماعي واللغوي والتواصل غير اللفظي واللعب، الا أنها أعراض أقل شدة من أعراض التوحد، وتظل لديهم قدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد هذا بالإضافة إلى أن الأشخاص المشخصين بالاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد هم في معظم الأحيان من الفئات ذات الأداء العالي، أي لديهم قدرات إدراكية طبيعية.

الإصدار الرابع المنقح من الدليل التشخيصي (DSMIV TR): لا يحتوي على معايير تشخيص الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، ولا يذكر سوى أن هذا التصنيف يجب استخدامه عند وجود قصور شديد وشامل في نمو القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي واقترانه بوجود قصور في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي أو مع وجود أنماط سلوكية واهتمامات ونشاطات نمطية ثابتة ومكررة، ولكن معايير التشخيص لا تلتقي مع نوع محدد من الاضطرابات النمائية الشاملة (APA ,2000 P.84).

قد يصعب في بعض الأحيان التمييز بين الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد واضطراب قصور الانتباه والنشاط المفرط (ADHS) عند التشخيص ولكن من أهم العوامل التي تميز بين الاضطرابين وجود النشاط المفرط في اضطراب الـ (ADHD) منذ الشهور الأولى من حياة الطفل بينما الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد يصبح نشاط الأطفال فائقاً في سن ما بين الثالثة والرابعة هذا بالإضافة إلى أن هناك قصوراً اجتماعياً واضحاً لدى كل الأطفال، وحركات نمطية متكررة في حوالي 65٪ ممن يعانون اضطراب النمائي الشامل غير المحدد بينما لا تظهر هذه السلوكيات على الأطفال الذين يعانون قصور الانتباه وفرط الحركة.

الفصل السابع

إضطرابات الشخصية

- الشخصية
- إضطراب الشخصية
- إضطرابات القلق
- إضطراب الرهاب
- إضطراب الهلع
- إضطراب الوسواس القهري
- الاضطرابات المزاجية
- اشكال الاضطرابات الوجدانية

الفصل السابع

إضطرابات الشخصية

الشخصية

إن التعرض لموضوع الشخصية يعد من أعقد الموضوعات على الإطلاق في مجال علم النفس، فالشخصية، هي الموضوع الأول والأخير الذي تنصب منه وفيه كافة الدراسات، كما أن مفهوم الشخصية هو من المفاهيم المعقدة حيث تختلف العامة وحتى المتخصصين في تقديم تعريف محدد لها يحظى بأغلبية الموافقة. (محمد غانم: 2007؛ 149).

ويرجع أصل مصطلح الشخصية في اللغة الإنجليزية Personality إلى الكلمة اللاتينية Persona ومعناها الوجه المستعار أو القناع الذي يضعه الممثل على وجهه، والغرض من ذلك هو تشخيص خلق الشخص، أي طباعه ومزاجه الخلقي، لذلك فالشخصية هي ما يظهر عليه الشخص في الوظائف المتنوعة التي يقوم بها. ويحمل مفهوم الشخصية في علم النفس معاني متعددة، حيث إنه مفهوم معقد متغير، ولهذا اختلفت وجهات نظر علماء النفس الذين يبحثون موضوع الشخصية وتنوعت تفسيراتهم؛ وتباينت طرق دراساتهم لها.

إذن فالشخصية هي نموذج حياة الفرد، أو هي مبدأ نستخلصه من ملاحظة أحداث سلوكه المتكررة، ويتفق أغلبية علماء النفس على أن الشخصية كل متكامل، تتضمن قدرات الفرد واستعداداته، وميوله، وآراءه واتجاهاته ودوافعه وانفعالاته وإرادته، وخصائص جسمية وعقلية ونفسية وأخلاقية وروحية وفكرية وعقائدية ومهنية، فهذه السمات هي التي تميز شخصاً ما عن غيره حيث توجد في صورة متفاعلة، مما يؤدي إلى معرفة شخصية الفرد من خلال معرفة نماذج سلوكه، وتصرفاته المميزة له والتي تمكن من التنبؤ باستجاباته في المواقف المتباينة.

الشخصية مصطلح له معان ومعايير عامة كثيرة حيث يشير إلى القدرة على السلوك الاجتماعي الجيد، كما يشير كذلك إلى الانطباع الملفت لأقصى درجة والذي يتركه الفرد على الأشخاص الآخرين. (The world Book Encydopaia, 1985).

أما أيزنك Eysenek فيرى الشخصية على أنها تنظيم ثابت، ودائم إلى حد ما لطباع الفرد ومزاجه وعقله وبنية جسمه، والذي يحدد توافقه الفريد مع بيئته، ويرى الشخصية تشتمل على الأفعال المنظمة على شكل تدرج هرمي تبدأ من أقلها عمومية إلى أكثرها، ففي المستوى الأول الاستجابات النوعية، وفي المستوى الثاني الاستجابات التعودية، وفي المستوى الثالث تنظيم الأفعال التعودية في سمات، والسمات هي مفاهيم بنائية نظرية تعتمد على الارتباطات الملاحظة بين عدد من الاستجابات التعودية، ويمكن النظر إليها بوصفها عوامل طائفية، وفي المستوى الرابع تنظيم السمات في نمط عام، ويعتمد هذا التنظيم أيضاً على الارتباط الملاحظ وهي ارتباطات بين سمات متنوعة وهي التي تكون مفهوم النمط، فهناك إذا تجمعات للسمات التي ترتبط فيما بينها وينتج عنها مفهوم بنائي ذو مستوى أرقى هو النمط، ويفترض أيزنك عند مستوى النمط وجود أبعاد عريضة هي الانبساط والعصابية والذكاء والتقدمية. (مصري حنورة: 1998، 2 :4).

وحينما نحاول وصف أية شخصية فإننا نفسرها على أساس السمات التي تبدو من صاحبها مثل الشخصية التسلطية، والتي تشير إلى الشخص الذي يتسم بالتسلطية، أو الشخصية الهامشية والتي تشير إلى المعنى العام للفرد ضعيف التأثير على من حوله حيث يكون ضعيف الثقل قليل الأهمية في مجتمعه أو جماعته (فرج طه وآخرون: 1993، 94)

ويعرف كاتل Cattell الشخصية في موقف ما ويرى أن الخصائص التي لها القدرة على التنبؤ وتتميز بالثبات النسبي ما هي إلا سمات، ويعرفها بأنها اتجاه استجابي عريض ودائم نسبياً واعتبر أن العناصر الأساسية في الشخصية وهي سمات المصدر يمكن استنتاجها فقط من خلال التحليل العاملي، كما اعتبر أيضاً أن بعض السمات الفريدة مع كثير من السمات الأصلية العامة يشتركان في تحديد الاختلافات بين الأفراد. (ريتشارد لازاروس: 1989، 75)

تمر الشخصية الإنسانية في مراحل مختلفة من الطفولة حتى النضج، وحينما نقول أن الشخصية ناضجة فإن ذلك يعني أن الشخص قادر على التوافق مع الآخرين، ويوجد لديه قدر كبير من التناسق في السمات التي تميزه بجوده وصحة علاقاته مع الآخرين. أما عدم النضج فإنه يعني أن الشخص بالرغم من اكتمال نضجه الجسمي إلا أنه غير قادر على التفاعل السوي مع الآخرين، وهنا نقول أن هذا الشخص مضطرب.(أحمد عكاشة: 1998)

وتعرف الشخصية بأنها تنظيم دينامي داخل الفرد له قدر كبير من الثبات والدوام لمجموعة من الأجهزة الإدراكية والنزوعية والانفعالية والمعرفية والدافعية و الجسمية والتي

تحدد طريقة الفرد المميزة في الاستجابة للمواقف وأسلوبه الخاص في التكيف للبيئة بما ينتج عنه من توافق أو سوء توافق، وتعرف سمات الشخصية بأنها خصائص أو صفات ذات دوام نسبي يمكن أن يختلف فيها الأفراد فتميز بعضهم عن بعض، وقد تكون السمات وراثية أو مكتسبة، ويمكن أيضاً أن تكون جسمية أو معرفية أو انفعالية أو اجتماعية.(أحمد عبد الخالق: 1993، 450: 457).

ولا يمكن أن نصف شخصاً ما بسمة من هذه السمات إلا إذا كانت هذه السمة تميز سلوكه معظم الوقت، وعلاوة على ذلك فالشخصية ليست مجرد مجموعة من هذه السمات، بل إنها في الحقيقة حصيلة التفاعل أو التنظيم المتكامل من الصفات والسمات والتركيبات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي تبدو في علاقة الفرد بالآخرين، والتي تميزه عن غيره من الأفراد تمييزاً واضحاً. (حسين فايد: 2003، 172).

اضطراب الشخصية Personality Disorder

يعني مصطلح اضطراب الشخصية نمطاً من سوء التوافق له جذوره العميقة والخاص باضطراب العلاقة بالآخرين والشخص المضطرب لا يعني بوجود مشكلة ولكنه يسبب أسى شديداً للآخرين. (Wortman et al., 1992).

ويشير ماير Meyer (1994) إلى أن اضطراب الشخصية هو نمط معرفي سلوكي يظهر منذ عمر مبكر، وينميه الفرد لكي يواجه مشاكل حياته المحددة والبسيطة.

أما غريب عبد الفتاح (1995) فيشير إلى ان اضطراب الشخصية يحدث عندما تتحول سمات الشخصية الفرد إلى عدم المرونة Inflexible وسوء التوافق Maladaptive محدثة عجزاً واضحاً ومؤثراً في فعالية الفرد الاجتماعية والبينشخصية والمهنية، وإن اضطرابات الشخصية تتصف باضطرابات في السلوك تحدث مبكراً وتتبلور في أواخر المراهقة وبدايات الرشد. (غريب عبد الفتاح: 1999، 449).

كما يرى جمال القاسم وآخرون (2000) أن اضطرابات الشخصية تتصف بأنها مزمنة ومرتبطة بأمراض ثابتة بحيث تمثل سمات متأصلة في شخصية الفرد، وفي معظم حالات اضطرابات الشخصية وليس في جميعها، فإن مثل هذه السمات لا يعتبرها الفرد مصدراً للقلق والحزن، وإذا أردنا أن نأخذ هذا التصنيف بعين الاعتبار فإنه من الضروري عمل صورة كاملة لجميع جوانب الشخصية. (جمال القاسم وآخرون: 2000، 79).

كما يرى كل من تايرر وجرالدا Tyrer & Garralda بأنه من الأفضل أيضاً تقييم اضطرابات الشخصية في مرحلة الطفولة بصورة مبكرة، أو في مرحلة المراهقة حيث أن الأطفال دائماً ما يكونون أكثر وضوحاً لمواجهتهم مشكلات التكييف والوظائف الاجتماعية. (Tyrer & Garralda 2:2005).

نسبة انتشار اضطرابات الشخصية

تنتشر اضطرابات الشخصية بأكثر مما نتوقع، فنجد كثيراً من الأفراد الذين نتعامل معهم، ويديرون شئوننا قد يكونون مصابين بأعراض اضطراب نمط معين من أنماط الشخصية، ويمارسون اضطرابهم وسلوكهم على الآخرين ويعتقدون أنهم يفعلون الصواب تجاههم.

فعلى سبيل المثال لا الحصر وجدت الدراسات أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية البينية Border Line Personality Disorder (BPD) يسود بينهم التفكير في الانتحار بل الانتحار فعلاً فمن بين 70٪ الى 75٪ من العملاء البينين لديهم تاريخ سابق لمحاولة انتحار واحدة ورغم وجود ما يشير إلى إمكانية اقدامهم على الانتحار إلا أن الملاحظات في الغرب وجدت أن ما بين 5٪ إلى 10٪ ينتحرون. (مارشا لينهان وآخرون: 2002، 957).

فيما يتعلق باضطرابات الشخصية رصد الآتي:

1. يتراوح انتشار اضطراب الشخصية بين 6٪ إلى 9٪.
2. العديد من اضطرابات الشخصية لدى الأطفال تأخذ شكل اضطراب في الطباع.
3. تتساوى نسبة إصابة الذكور مع الإناث في اضطرابات الشخصية.
4. تنتشر اضطرابات نفسية غير محددة في أسر مرضى اضطرابات شخصية.
5. ثبت أن الوراثة لها دور جزئي ومحدد في إصابة الشخص بنمط من أنماط اضطرابات الشخصية. (Ellison.J, Shader,P 1994 P. 259).

وقد أشار موران Moran إلى أن نسبة الأفراد مضطربي الشخصية داخل أي مجتمع تتراوح ما بين 4٪ : 10٪ وقد تصل إلى 20٪ للأفراد الذين يحتاجون إلى الرعاية، بينما تصل تلك النسبة إلى 30٪ من الأفراد غير السيكاتريين كالذين يعانون من اضطرابات الأكل أو الذين يعانون من الاضرار بالذات والتي تمثلها المجموعة الثانية (الشخصية الحدية –

الهستيرونية – المضادة للمجتمع – النرجسية) في DSMIV؛ ولكن قد تصل النسبة إلى أقصى معدل وهو 64٪ من مضطربي الشخصية الرجال الخارجين على القانون أو مرتكبي الجرائم المودعين سجون ويلز وإنجلترا England & Wales (Moran:2005,P.4).

خصائص اضطرابات الشخصية

يحدد تايرر (2004) خصائص الشخصية كما يلي:

1. **النمط الأساسي للسلوك الشاذ Presistent Potteren of abnormal be**: كضعف الإدراك وتفسير الأحداث والاستجابات الانفعالية – وضعف التحكم التام للدوافع – وضعف العلاقات البينشخصية.
2. **ضعف القيام بالوظائف Dysfunctioning**: أي ارتفاع معدل وجود السلوك اللاتوافقي في المواقف الشخصية والاجتماعية.
3. **المعاناة Suffering**: بمعنى تتضمن هذه المعاناة كلاً من الفرد والمجتمع نتيجة للسلوك الشاذ.
4. **استهلال الحدوث أو بداياته Onset**: أي يظهر اضطراب الشخصية في مرحلة الطفولة المتأخرة أو المراهقة والذي ينتج عن السلوك الشاذ ويتسم بعدم الاستقرار النسبي.
5. **علاقة اضطراب الشخصية بالحالة العقلية Relationship to Mental state**: بمعنى ألا يكون اضطراب الشخصية ناتجا عن إصابة أو تلف عضوي للمخ أو حالة اضطراب للحالة العقلية.(Tyror:2004,26) .

علاقة اضطرابات الشخصية بالعصاب والذهان

إن ثمة نوع من الاضطرابات النفسية أقل حدة من الأعصبة والذهانات يطلق عليه اضطرابات الشخصية وأعراض هذا النوع من الاضطرابات أقل وضوحاً منها في حالة الفصام أو الذهان ويبدو أن لدى بعض الأفراد المندرجين تحت هذا الصنف من الاضطرابات قدرة على التوافق الجيد، وتكوين صداقات مع الآخرين والوعي بأنفسهم إلا أنهم تعوزهم القدرة على التعبير بصدق عن مشاعرهم، وتكوين علاقات مثمرة مع الآخرين وهم يحاولون استغلال الآخرين نظراً لأنهم لا يراعون مشاعرهم وعلى العكس من الفرد العصابي فإننا نجد أن المصاب باضطرابات الشخصية يتصف بعدم الشعور بالذنب وانخفاض مستوى القلق لديه، ولذلك يعتبر هذا النوع من الاضطرابات أساساً نقصاً في الناحية الخلقية، وذو الشخصية المضطربة على اتصال جيد بالواقع إذا ما قورن بالذهاني.

كما يعتقد كثير من المشتغلين بالطب النفسي بأن مرضى اضطرابات الشخصية من الأمراض المعوقة التي تقلل من إنتاجية المريض وتكيفه، وأن الإعاقة الناتجة عنه أشد خطراً من الإعاقة الناتجة عن الأمراض العصابية ولهذا نجد أن الأطباء النفسيين يفضلون مريض العصاب عن مريض اضطراب الشخصية، إذ أن المريض العصابي يأتي إلى المعالج بنفسه ويعرض عليه مشكلاته ويحاول جاهداً أن يصل معه إلى سبب المرض ووسيلة العلاج، كما أنه يتقبل مشورة المعالج ونصحه وإرشاده بسهولة حتى يمكنه أن يتخلص من المرض الذي يعاني منه، بينما يحدث النقيض تماماً مع مريض اضطراب الشخصية الذي يعتقد بأنه ليس مريضاً بل وينكر كثيراً وجود أي مرض عنده، ويرجع ذلك إلى ضعف البصيرة لديه أي أن المريض يعلم أنه غير مريض، وأنه في حاجة ماسة لعلاجه لكي يمكنه أن يخطط لحياته حالية وبعد العلاج. (عبد العزيز الشخص: 1993، 110).

يختلف اضطراب الشخصية عن العصاب والذهان، فهو يختلف عن العصاب في أن الشخصية في العصاب أثناء محاولتها التكيف مع الضغوط الداخلية والخارجية تلجأ إلى استحداث أعراض نفسية أو جسمية في حين أن المظاهر غير الطبيعية في اضطراب الشخصية تأخذ أنماطاً ثابتة من السلوك تصبغ الشخصية كلها أو جانباً هاماً منها مبتدئاً من الطفولة المبكرة (بدايتها غير محددة.. طول عمره كده) أما بالنسبة للذهان فالبرغم من أن اضطراب الشخصية مكافئ دينامياً للذهان بمعنى أنها نوع من الوجود متمحوصل على نفسه وليس له علاقة حقيقة بالواقع إلا أن الذهان له بداية واضحة في العادة يعقبها تغير كيفي في الشخصية أو تغير كمي شديد يشمل كل نواحي الشخصية تقريباً، وكذلك فإنه لا توجد في اضطراب الشخصية تلك الأعراض الذهانية الصريحة فالهلوسات والضلالات وتناثر الشخصية والنكوص وتشويه الواقع وقلبه على عقبيه.(عمر شاهين، يحيى الرخاوي: 1977).

كذلك فإن مريض اضطراب الشخصية لا يتوفر لديه الدافع القوي الذي يدفعه طلباً للعلاج أو حتى للاهتمام به، حيث إنه لا يذهب إلى الطبيب إلا إذا ظهرت عليه أفعال وسلوكيات تسبب انزعاج وقلق من يحيط به، وذلك ناتج عن صعوبة تحقيق التكيف مع القواعد والقوانين والمعايير الاجتماعية في المجتمع الذي يعيش فيه.

تصنيف اضطرابات الشخصية

تستند في تصنيف الاضطرابات الشخصية إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM4) لاضطرابات الشخصية والذي قسمها إلى ثلاث فئات أو وظائف:

الطائفة (أ) : وتضم أنواع اضطرابات الشخصية التي تتصف بالغرابة والشذوذ، وتندرج تحت هذه الطائفة اضطرابات الشخصية البارونويدية وشبه الفصامية، والفصامية النوع.

الطائفة (ب): وتضم هذه الطائفة كافة الشخصيات المضطربة والتي يغلب على سلوكها وسماتها: التهويل والمبالغة، وتقلب الانفعالات، وعدم ثباتها وأيضاً عدم اتساق الانفعالات مع الموقف. ويندرج في هذه الطائفة اضطرابات الشخصية النرجسية، والمناهضة أو المضادة للمجتمع، والشخصيات البينية.

الطائفة (ج) : ويغلب على الشخصيات التي تندرج في هذه الفئة ظهور القلق والمخاوف بصورة واضحة وتضم هذه الفئة الشخصيات الآتية: المتجنبة، الاعتمادية، الوسواسية القهرية. (APA. 2000)

المعايير العامة لتشخيص اضطرابات الشخصية

تشخص الاضطرابات الشخصية بصفة عامة وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM 4-1994) كما يلي:

1. نمط ثابت من الخبرة الداخلية وسلوك منحرف بشكل واضح عن الثقافة التي يعيش فيها الفرد ويظهر هذا النمط في اثنين أو أكثر من الجوانب الآتية:

أ. المعرفة (أي طرق إدراك وتفسير ومعرفة الذات والأشخاص الآخرين والأحداث).

ب. الوجدان (أي مدى اضطراب الانفعال وشدته، وعدم ملاءمته للاستجابة الانفعالية).

ج. اضطراب الأداء الشخصي (علاقة الفرد بالأشخاص الآخرين).

د. عدم القدرة على ضبط الدوافع (الاندفاعية).

2. يكون هذا النمط الثابت غير مرن ومستمراً وشاملاً لمدى واسع من المواقف الشخصية والاجتماعية.

3. يؤدي النمط الدائم إلى أسى أو كرب أو تلف في مجالات هامة من الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيرها.

4. يكون النمط ثابتاً وذا دوام طويل، ويمكن تتبع ظهوره في الماضي على الأقل في المراهقة أو بداية الرشد.

5. لا يرتبط النمط الدائم بظهور أو عواقب أي اضطراب عقلي آخر.

6. لا يرجع النمط الثابت إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسياً (مثل: سوء استخدام العقاقير، أو العلاج بالأدوية النفسية) ولا يكون نتيجة حالة طبية عامة مثل: (صدمة بالرأس).

أنماط اضطرابات الشخصية

أولاً: الطائفة الأولى: الشخصيات الشاذة والغريبة Odd and eccentric

1. اضطرابات الشخصية البارانويدية Paronoid- Personality

تعريف الشخصية البارانويدية: إن الشخصية البارانويدية تتسم بالشك والريبة وسوء الظن بالآخرين وسوء الأفعال الصادرة عمن حوله حتى أقرب الناس إليه إذ يتهمه بالخيانة نتيجة لغيرته المرضية، مع عدم الثقة بالآخرين، وأنهم يتآمرون عليه ويشعر بأنه مضطرب، معاقب على أفعال لم يرتكبها ويحمل ذكريات سيئة لمن حوله مع الشكوى على أنه مظلوم، وأن الآخرين لا يقدرونه حق قدره، وتضخيم الأمور، التوتر، الاستثارة والتهيج (محمد قاسم: 2004، 375).

- أكدت بعض الدراسات الحديثة، ومنها دراسة أرلوجا وآخرون (2007) على أن الأفراد ذوي الاضطرابات الشخصية البارانويدية أكثر إظهاراً للعصابية والقلق والعداونية (Ahuga, et. al. 2007) Wostility
- كذلك توصلت دراسة كوهين وآخرون (2007) إلى أن معدل انتشار سوء استخدام المواد المخدرة كالكحول والكوكايين والماريجوانا بلغ نسبته 4.7٪ من المصابين باضطراب الشخصية البارونويدية.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية البارانويدية وفقاً للدليل التشخيصي والأحصائي الرابع:

1. الشك في أن الآخرين يقومون باستغلاله وإيذائه أو خداعه دوما استناد إلى أدلة كافية.
2. الانهماك في شكوك لا مبرر لها في ولاء الأصدقاء وكل المعارف، وفي مدى استحقاقهم للثقة التي منحهم إياها.
3. العزوف عن الإفضاء بأسراره للآخرين خوفاً من استغلالهم لهذه المعلومات ضده.
4. تراوده شكوك مستمرة في مدى إخلاص الزوجة أو من يماثلها من أشخاص يتعامل معهم.

5. يؤمن بأنه يتعرض للاعتداء على خلقه وسمعته ولا يشعر بذلك أحد غيره، وهذا سيتوجب منه – بلا شك – سرعة الغضب والمبادرة برد الاعتداء.
6. لا يغفر الإهانة مهما كانت ويضمرها داخله.
7. ينقب عن معان خفية أو أخرى تنطوي على التهديد فيما يسمعه أو فيما يتعرض له من مواقف عادية.
8. يشعر بالاهانة والازدراء بسهولة ويستجيب بالغضب والتهور بسرعة أو قد يقوم من فوره بمهاجمة الشخص الآخر الذي يعتقد أنه قد أهانه.

ملاحظة

أ. لابد من توفر أربعة معايير (أو أكثر) من الأعراض السابقة حتى نتمكن من تشخيص هذا النمط من اضطرابات الشخصية.

ب. يشترط ألا يقتصر حدوث الأعراض السابقة أثناء مرض الفصام أو اضطراب وجداني مصحوب بأعراض ذهانية أو اي اضطراب نفسي آخر وألا تكون نتيجة مباشرة لمرض عضوي.

ج. إن الصفات الأساسية المميزة لهذا النمط من الشخصية تتصف بالآتي:
- شك وارتياب في الآخرين.
- يفسر دوافع وسلوك الآخر على أنه شرير وعدواني.
- يبدأ الاضطراب في بداية سن الرشد
- تظهر الأعراض السابقة وبصورة متكررة في الكثير من المواقف الحياتية والتفاعلات الاجتماعية التي تتم بين الشخص والآخرين. (APA, 2000).

نسبة انتشاره

- ينتشر هذا النمط من اضطرابات الشخصية ما بين 0.5٪ إلى 2.5٪ كما ينتشر هذا النمط من الاضطراب بين أقارب مريض الفصام والاضطراب الضلالي.
- هذا النمط من الاضطراب وجد أنه أكثر انتشاراً بين الذكور مقارنة بالإناث.

2. اضطراب الشخصية شبه الفصامية Schizoid Personality Disorder

تعريفها: إن المصابين باضطراب الشخصية الفصامية يقتصرون على عدم الرغبة في إقامة علاقات اجتماعية، ويتصفون ببرودة المشاعر نحو الآخرين وبالانعزالية، والغموض وغياب الذهن ويلفتون نظر الآخرين لشذوذهم وغرابتهم. (راضي الوقفي : 2003: 642).

هو نمط من اضطراب الشخصية يتسم بضعف القدرة على تكوين علاقات اجتماعية جيدة ونتيجة لذلك فإن الشخصية شبه الفصامية تكون خجولة ومنسحبة اجتماعياً، والأفراد الذين يتسمون بهذا الاضطراب تكون لديهم صعوبة في التعبير عن العدائية وتأكيد الذات لأنهم قد انسحبوا من معظم الاتصالات الاجتماعية (Meyer:1994).

نسبة الانتشار

- يصيب حوالي 7.5% من جملة السكان
- يكثر حدوثه بين أفراد أسر لها تاريخ سابق في الإصابة بمرض الفصام.
- يكثر حدوثه بين الذكوره مقارنة بالإناث.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية شبه الفصامية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

1. لا توجد رغبة أو استمتاع بالعلاقات الحميمة ويرفض أن يكون جزءاً من الأسرة.
2. يختار الفرد دائماً الأنشطة الفردية والمنعزلة ليقوم بها.
3. لا يهتم بشكل يذكر بإقامة علاقات جنسية مع أفراد الجنس الآخر.
4. لا يشعر بالمتعة من ممارسة أي نشاط تقريباً.
5. ليس لديه أصدقاء حميمون فيما عدا الأقرباء من الدرجة الأولى.
6. لا يهتم الشخص بمدح أو نقد الآخرين له.
7. يبدي الشخص برودة انفعالية مع العزلة والوجدان السطحي.

ملاحظة

أ. لابد من توفر أربعة محكات أو علامات أو أعراض حتى يمكن أن نشخص الفرد في هذه الفئة

ب. يشترط لتشخيصه ألا يقتصر ظهور أعراضه على فترات من الإصابة بمرض الفصام أو اضطراب وجداني مصحوب بأعراض ذهانية، أو اضطراب نفسي آخر: أو اضطراب قصور النمو، وأن لا يكون نتيجة مباشرة للإصابة بمرض عضوي.

ج. إن الصفات المميزة لهذا النمط من الشخصية تتصف بالآتي:

- عدم إقامة أي علاقات اجتماعية.
- التعبير الانفعالي الضحل والمحدود في المواقف الاجتماعية.
- تبدأ الإصابة بهذا النوع من الاضطرابات في مرحلة مبكرة من سن الرشد.
- تظهر الأعراض المميزة لهذا النوع من الاضطرابات في العديد من المواقف وبصورة متكررة. (APA, 2000).

3. اضطراب الشخصية فصامية النوع Schizotypal Personality

تعريفها: تتسم الشخصية فصامية النوع بعدم الثبات الانفعالي، والشك الصريح، والعدوانية تجاه الآخرين - يعكس الشخصية شبه الفصامية وشذوذ في التفكير (Meyer, 1994).

وهي تختلف عن الشخصية شبه الفصامية، حيث إن الشخصية فصامية النوع تعني بوجه عام أن الفصام قد تجسد في شخص يمارس حياته ظاهرياً بالأسلوب العادي، فهو شخص لا يبالي ولا يضع علاقات بأية درجة من السطحية أو العمق ولا يشعر بثقل ظله على الآخرين، ولا يعترف بأية مساحة خارج حدود ذاته، ويسهم بشكل أو بآخر في إعاقة نموه،وبالتالي نمو من حوله. (يحيى الرخاوي: 1979، 115).

إن اضطراب شخصية فصامية الشكل أو الطبع يتكون من السلوكيات الغريبة في الكلام والأفكار والإدراكات وإن المرضى بهذا الاضطراب عادة ما يكونون منعزلين ويظهرون أنماط كلام غريبة خاصة، ومعتقدات شاذة واتجاهات اضطهادية وهذاءات إدراكية

ومظهراً غير عادي أو شاذ وانفعالات غير معتادة وقلقاً اجتماعياً (غريب عبد الفتاح: 1999، 450).

نسبة انتشاره

- تبلغ نسبة انتشاره 3٪ من أصل السكان.
- يزداد انتشاره لدى الأشخاص الذين لديهم أقارب لهم تاريخ سابق بالإصابة بمرض الفصام.
- يزداد انتشاره بين الذكور أكثر من الإناث (Kaplan, Sadick 1996).

معايير تشخيص اضطراب الشخصية شبه الفصامية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

1. أفكار مرجعية: Ideas of reperance (باستثناء الضلال المرجعي).
2. المعتقدات الشاذة أو التفكير الخرافي الذي يؤثر في السلوك ولا يتفق مع المعايير الاجتماعية الخاصة بكل ثقافة فرعية (مثل: اعتقاد الشخص بأنه شفاف أو حاد البصيرة ومكشوف عنه الحجاب، ويقرأ الطالع، أو التخاطر، أو وجود الحاسة السادسة).
3. خبرات إدراكية غير عادية تشتمل على أوهام بدنية.
4. شذوذ التفكير والكلام (مثل: الإبهام والغموض، والالتباس، وتكرار التفكير بصورة ثابتة أو نمطية).
5. الشك أو الأفكار البارانوية.
6. تقيد الوجدان وعدم ملائمته للموقف أو الحدث.
7. شذوذ في السلوك أو المظهر.
8. الافتقار إلى الصداقة الحميمة فيما عدا الأقارب من الدرجة الأولى.
9. قلق اجتماعي مفرط لا يتناسب مع الموقف ويميل إلى أن يكون مصحوباً بمخاوف بارنوية فضلاً عن أحكام سلبية عن الذات.
10. الشعور بوجود قوة خفية حوله بالرغم من عدم قدرته على رؤية أحد حوله.
11. يحدث أن يرى وجهه أو وجه شخص آخر يتغير أمامه في المرآة.

ملاحظة

أ. لابد من توفر أربعة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة بحيث يمكن تشخيص الفرد وفقاً لهذا النمط من الاضطراب.

ب. يشترط لتشخيص هذا النمط من اضطرابات الشخصية: عدم اقتصار ظهور أعراضها على فترات من الإصابة بمرض الفصام، أو اضطراب وجداني مصحوب بأعراض ذهانية أو اضطراب قصور النمو.

ج. إن الصفات المميزة لهذا النمط من اضطرابات الشخصية تتصف بالآتي:

- قصور في إقامة علاقات اجتماعية.
- قصور في العلاقة بالآخر (قدر الإمكان)
- الشعور بعدم الارتياح تجاه أية علاقات تبدو وثيقة
- تدني في القدرة على إقامة أية علاقة.
- وجود قدر كبير من التشوه المعرفي الإدراكي وغرابة السلوك (التصرفات).
- تبدأ الإصابة بهذا النمط من اضطرابات الشخصية في مرحلة الرشد المبكرة.
- يمكن رصد العديد من الأعراض التي تميز هذا النمط من اضطرابات الشخصية في مناسبات ومواقف متعددة. (APA, 2000).

ثانياً: الطائفة الثانية: الشخصيات التي تتصف بالتهويل والانفعالية وعدم الاتساق

Dramatic, Emotional Erratic

تتضمن هذه الطائفة أربعة أنواع من الاضطرابات، وهي اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، واضطراب الشخصية الحدية، اضطراب الشخصية الهستيرية، واضطراب الشخصية النرجسية.

1. اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial Personality Disorder

تعريفه: هو اضطراب شخصية يتميز بعدم الاهتمام بالالتزامات الاجتماعية، وافتقاد الشعور مع الآخرين، وعنف غير مبرر أو لا مبالاة واستهتار كما أنه متبلد الشعور لا يبالي بآلام الآخرين... علماً بأن الكثير من الأعراض والسلوكيات المضادة للمجتمع تظهر منذ الطفولة لهذا الشخص. (أحمد عكاشة، 1998).

إن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع تدعى الشخصية السيكوباتية Psychopath، ويتصف المصابون بهذا الاضطراب بالكذب والسرقة والفشل، ولا يبدو عليهم إلا القليل من الشعور بالمسئولية بل وربما عدم الشعور بها إطلاقاً بالرغم من أنهم يبدون أذكياء أو جذابين لأول وهلة، وليس أسوأ من أن يجتمع الذكاء واللاأخلاقية في الشخصية ليتكون منها ذلك المخادع، الحاذق الذي يستغل طيبة الآخرين ويسخرها لمصالحه ومن المعروف أن مثل هذه الشخصيات قلما يظهر عليها أي أثر للقلق أو الشعور بالذنب أو الخجل من سلوكياتهم، بل يذهبون إلى لوم المجتمع أو لوم الذين يقعون ضحايا خداعهم ويحملونهم المسئولية عن الأعمال اللااجتماعية التي يقومون بها سواء أكان ذلك تحطيم سيارة مستعارة أو قتل نفس بريئة (راضي الوقفي: 2003، 642).

نسبة انتشاره

- يصاب بهذا الاضطراب من الرجال نسبة 3٪.
- يصاب بهذا الاضطراب من النساء نسبة 1٪.
- تزداد هذه النسبة إلى 75٪ بين المساجين.
- تظهر بوادر هذا الاضطراب في سن مبكرة قبل الخامسة عشرة.
- ترتفع نسبة الاضطراب خمسة أضعاف في أقارب المصابين من الدرجة الأولى. (Virkkunen, M. et al 2007: 287; 295)

معايير تشخيص اضطرابات الشخصية المناهضة للمجتمع وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

1. الفشل في الامتثال للمعايير الاجتماعية واختراق أو كسر أشكال السلوك القانونية، ويتكرر القبض على الشخص المضاد للمجتمع.
2. الميل إلى المخادعة كما يبدو في تكرار الكذب أو الظهور بمظهر الرجل المحترم، أو خداع الآخرين من أجل تضليلهم وكسب ثقتهم فيه.
3. الاندفاع والتهور.
4. الهياج والعدوانية كما يبدو في المشاجرات والتهجمات البدنية.
5. التهور وعدم تأمين نفسه والآخرين.
6. تعمد إشعال الحرائق.

7. كثرة الكذب.
8. الاستهتار بسلامة النفس والغير.
9. اتباع الخداع لتحقيق منافع شخصية.
10. عدم تحمل المسئولية بشكل دائم، والفشل المستمر في الاستمرار في عمل واحد أو تحقيق دخل مادي ثابت بطريقة مشروعة.
11. عدم الشعور بالندم وتكرار إيذاء الآخرين وسرقتهم.
12. القسوة في إيذاء الحيوانات وتعمد ذلك.

ملاحظة

أ. لابد من توفر ثلاثة معايير (أو أكثر) حتى يمكن التشخيص وفقاً لهذا النمط من الاضطرابات.
ب. لا يقل سن الشخص عن (18) عاماً.
ج. توفر العديد من الدلائل التي تشير إلى إصابته باضطراب السلوك وقبل بلوغه سن (15) عاماً.
د. ألا يقتصر السلوك المضاد للمجتمع على فترات الإصابة بالفصام أو بنوبة هوس.
هـ. إن الصفات المميزة لهذا النمط من اضطرابات الشخصية يتصف بالآتي:
- عجز عن الاستمرار في العمل وبصورة مستقرة.
- بطالة لمدة 6 أشهر بالرغم من توفر العمل وإمكانية الالتحاق به.
- وإذا التحق بالعمل فستجد لديه سمة أساسية هي الغياب المتكرر.
(APA,2000)

2. اضطراب الشخصية البينية (الحدية) Borderline Personality Disorder

تعريفها: يعرف محمد عبد الله (2004) الشخصية الحدية Personality Borderline بأنها تقع على الحدود بين الاستواء وعدمه، ومن صعوبة تشخيصها ووضعها في أحدهما لذلك سميت على الحدود. (محمد عبد الله القاسم: 2004، 377).

وأكدت دراسة روزنتال وآخرون Rosental, et al (2007) أن اضطراب الشخصية الحدية يعتبر نمطاً شاملاً من التقلب وعدم الثبات في العلاقات البينشخصية Interpersonal Relationship وصورة الذات، والعواطف مع الاندفاعية الشديدة (Rosental, et al.: 2007)

هو نمط متغلغل من عدم الاستقرار الانفعالي، وعدم استمرار العلاقات مع الآخرين،وعدم ثبات صورته عن ذاته، والذي يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة.(Spitser, et al 1990).

إن هذا النمط من اضطرابات الشخصية تزايد به الاهتمام مؤخراً للعديد من العوامل.

1. إن تعريف هذا النمط من الاضطرابات يكتنفه العديد من الاختلاف والتعقيد.
2. كثيراً ما يتم الخلط بينه وبين العصاب والذهان واضطرابات الشخصية الأخرى، والاضطرابات العرقية.
3. إن أكثر من 40٪ من الدراسات والبحوث قد تم تخصيصها لدراسة اضطرابات الشخصية البينية. (widgen, T. Franeen.A . 1989, P,8).

نسبة الانتشار

أكدت دراسة كوهين وآخرون Cohen,et al أن معدل انتشار سوء استخدام المواد المخدرة كالكحول والكوكايين والماريجوانا بلغت نسبته 4.7٪ لدى المصابين باضطراب الشخصية البينية. (Cohen, et al 2007).

يصيب هذا الاضطراب حوالي 2٪ من إجمالي السكان – وهو أكثر انتشاراً لدى الإناث عن الذكور، وتزداد نسبة انتشار اضطراب الشخصية البينية بين أمهات مرضى هذا الاضطراب. (Kaplan, H. Sadock,B 1996).

تشخيص اضطرابات الشخصية البينية وفقاً لمعايير الدليل التشخيص والإحصائي الرابع:

1. بذل الجهود اهتياجية لتجنب الهجر، مع ملاحظة أن هذا المعيار لا يتضمن السلوك الانتحاري أو إيذاء الذات.
2. عدم الاستقرار الشديد في العلاقات الشخصية المتبادلة، والتي تتسم بالتقلب أو التأرجح بين المثالية الشديدة والتحقير الشديد.
3. اضطراب الهوية وصورة الذات.
4. الاندفاع في مجالين على أقل تقدير مومرين للذات على نحو كامن.
   - الإسراف في إنفاق الأموال.
   - المبالغة في ممارسة الجنس.
   - سوء استخدام العقاقير.

- القيادة بسرعة متهورة.
- الأكل بشراهة في الحفلات العامة.

5. تكرار السلوك الانتحاري، أو الإيماء به، أو التهديد بالانتحار، أو سلوك إيذاء الذات.
6. عدم الثبات الوجداني والذي يرجع إلى اضطراب التفاعل المزاجي:
   - عدم الارتياح الشديد للأحداث.
   - الهياج أو القلق المستمر عادة إلى ساعات قليلة ولكنه نادراً ما يستمر لأيام.
7. شعور مزمن بالفراغ.
8. غضب شديد غير ملائم ويصعب ضبطه (مثل: الاستياء المتكرر، الغضب المستمر، وتكرار حدوث المشاجرات البدنية)
9. أفكار بارانوية أو أعراض انشقاقية شديدة مرتبطة بالمعاناة من الضغوط العابرة.

ملاحظة

أ. لابد من توفر خمسة معايير أو أكثر من المعايير السابقة حتى يتم تشخيص الشخص وفقاً لهذا النمط من الاضطراب.

ب. يتسم هذا النوع من الاضطراب بالصفات الآتية:

- نمط متأصل من عدم استقرار العلاقات مع الآخرين.
- تهور ملحوظ واندفاعية موجهة تجاه الآخر أو الذات.
- يظهر هذا الاضطراب في سن الرشد المبكرة.
- يظهر هذا النمط من الاضطراب في الكثير من المواقف والتفاعلات مع الآخرين. (APA,2000)

3. اضطراب الشخصية الهستيرية Histronic Personality Disorder

تعريفها: يتسم الأفراد في هذا الاضطراب بالمبالغة في التفاعل مع الآخرين حيث يلتمسون الاهتمام بهم والتعاطف معهم مع الاستجابة للمواقف بشكل أكثر عنفاً وشدة مما هو معتاد أو مألوف، ويلاحظ أن أسباب وأعراض هذه الشخصية لا تـوازي أسـباب وأعراض ما كان يسمى تقليدياً بعصاب الهستيريا. (Meyer, 1994).

كما أوضحت دراسة ألوجا وآخرون Alujaa et at. أن المصابين باضطراب الشخصية الهيستيرية أكثر إظهاراً لضعف القدرة الاجتماعية وبالشعور الاندفاعي واللااجتماعي والعصابية والقلق. (Alujha et at 2007).

هو نمط سائد يتصف بالتهور، والانفعالية، والنزوع إلى الاقتصار على العموميات دون التطرق إلى التفاصيل في الحديث ولذا فإن الشخصية الهيستيرية ليست مرضاً ولكنها تقلب في العاطفة وتغير سريع في الوجدان لأتفه الأسباب، إضافة إلى سرعة التأثر بالحياة والأحداث اليومية، والأخبار المثيرة بل يرسمون خططهم وفقاً لهذه الحالة الانفعالية، كما أنها تتميز: بالأنانية، رغبة في الظهور، استجلاب الاهتمام، والمحاولات المستمرة والدائمة للفت الانتباه للآخرين، وحب الاستعراض والمبالغة في (الكلام، الملابس، الزينة، والتبرج) إضافة إلى تأويل الكثير من الظواهر العادية إلى الصفات تتصل بالجنس (أحمد عكاشة، 1998).

نسبة الانتشار

تبلغ نسبة انتشار هذا النمط من اضطرابات الشخصية نسبة 2-3 بين السكان، وهو أكثر انتشاراً بين الإناث ، ويندر تشخيصه بين الذكور ويقدر أحمد عكاشة أن نسبة الانتشار تصل إلى حوالي 10٪ بين أفراد الشعب المصري، ويحتمل ارتفاع نسبة وجود هذا الاضطراب لدى الإناث (دون الرجال) إلى حوالي 30٪ (أحمد عكاشة: 1998).

تشخيص اضطرابات الشخصية الهيستيرية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والأحصائي الرابع:

نمط متواصل من الانفعالات المتزايدة وجذب الانتباه، ويبدأ هذا النمط مع بداية الرشد ويظهر في سياقات متعددة ويحدد بثلاث أو أكثر من الخصائص التالية:

1. الشعور بالضيق في المواقف التي لا يكون فيها الشخص مركز اهتمام الآخرين.
2. يتسم التفاعل مع الآخرين بالغواية الجنسية أو السلوك الفاضح.
3. عدم الثبات الانفعالي مع سطحية العواطف.
4. استخدام المظهر البدني اللافت للانتباه دائماً.
5. استخدام الأسلوب غير الواقعي في الكلام والذي تنقصه التفاصيل.
6. عرض دراسي للذات على نحو مسرحي والمبالغة في التعبير عن العواطف.

7. القابلية الشديدة للإيحاء (سهولة التأثير بالآخرين).
8. يعتبر العلاقات أكثر تهويلاً من كونها علاقات فعلية.

ملاحظة

أ. لابد من توفر خمسة معايير (أو أكثر) من الأعراض السابقة الذكر حتى يمكن تشخيص هذا النمط من الاضطراب.
ب. يتسم هذا النوع من الاضطراب بالصفات الآتية:
- يبدأ عادة في مرحلة مبكرة من سن الرشد.
- يتسم بفرط الانفعال.
- يهدف إلى لفت أنظار الآخرين.
- يظهر في العديد من المواقف المختلفة ومن خلال تفاعلاته مع الآخرين.
(APA2000)

4. اضطراب الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Disorder

تعريفها: يتميز صاحب الشخصية النرجسية بالإحساس بالعظمة والأهمية والتفرد والانشغال بخيالات النجاح في استعراض الإعجاب، وقد تشغله خيالاته عن أهداف واقعية يحاول الحصول عليها، وهو دائماً يبحث عن إعجاب الآخرين واهتمامهم به. (Cohen et al 2007)

يظهر على المصابين باضطراب الشخصية النرجسية شعور مضخم بأهميته، والاستغراق في تخيل نجاحات لا نهائية، الحساسية المتطرفة تجاه أية انتقادات توجه له، والحاجة المستمرة للانتباه إليه والإعجاب به والمبالغة في تصور قدراته وانجازاته. (راضي الوقفي: 2003: 643).

نمط متغلغل من الشعور بالعظمة في الخيال، ويتضح من سلوكه عدم القدرة على الشعور بمشاعر الغير، حساسية مفرطة لآراء الآخرين فيه، نمط يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة إضافة إلى الشعور بالخيلات والانشغال المفرط فيما يتعلق بتقدير الذات. (Kaplan, sadock , 1996).

نسبة الانتشار

لقد أوضحت بعض الدراسات الحديثة ومنها دراسة ميلر وآخرون Miller, et al أن اضطراب الشخصية النرجسية يصيب نسبة تقل عن 1٪ من السكان، وهو أكثر حدوثاً عند الرجال منه عند النساء. (Miller.etal.2007).

معايير تشخيص اضطراب الشخصية النرجسية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والأحصائي الرابع:

1. وجود إحساس متعاظم بأهمية الذات (مثل المبالغة في التحصيل والمواهب، ويتوقع أن الناس يعرفون أنه كفء في كل انجازاته).
2. الانشغال، أو الحب المثالي.
3. يعتقد أنه شخص فريد من نوعه ولا يفهمه إلا الأفراد ذوو المكانة العالية.
4. يحتاج لمزيد من الإعجاب.
5. الإحساس بالأهلية والكينونة، أي توقعات غير معقولة لمعاملة الناس له معاملة خاصة أو الانصياع التلقائي لهذه التوقعات.
6. يتسم بالاستغلال خلال العلاقات الشخصية المتبادلة: أي يستفيد من الآخرين لتحقيق أهدافه الخاصة.
7. يفتقر إلى التعاطف مع الآخرين ولا يشارك مشاعر الآخرين.
8. غالباً ما يحسد الآخرين أو يعتقد أن الآخرين يحسدونه.
9. يبدو متعجرفاً مع سلوكيات واتجاهات متغطرسة.

ملاحظة

أ. لابد من توفر خمسة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقاً لهذه الفئة (من الأعراض السابقة)

ب. يتسم هذا النوع من الاضطراب بالصفات الآتية:

- نمط متأصل يتصف بالخيلاء (في الخيال أو تظهر في السلوك)
- الحاجة إلى استمرار إعجاب الآخرين به ومدحه.
- انعدام التعاطف (الحقيقي النابع من الداخل) تجاه الآخرين.
- يبدأ هذا الاضطراب في سن الرشد المبكر.
- يظهر في العديد من المواقف الحياتية والمعيشة وتجاه تفاعلاته مع الآخرين. (AFA.2000)

ثالثاً: الطائفة الثالثة: تتضمن الطائفة الثالثة شخصيات تتصف بالخوف والقلق منها:

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، اضطراب الشخصية التجنبية، اضطراب الشخصية الاعتمادية.

1. اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

Obsessive – Compulsive Personality Disorder.

تعريفها: لقد أضافت الدراسات الحديثة منها دراسة ألوجا وآخرون Aluja, et al. أن المصابين بالشخصية الوسواسية القهرية أكثر إظهاراً للسلوك الاندفاعي واللااجتماعي وضعف النشاط الوظيفي. (Aluja,et al.2007).

اضطراب شخصية يتميز بعدم الاستقرار على رأي والشك والحذر الشديد مما يعكس عدم أمان شخص عميق إضافة إلى الحاجة إلى التأكيد المتكرر من الأشياء وانشغال مفرط بالتفاصيل لا يتناسب وأهمية المهمة، ولدرجة تفقد معها الرؤية للموقف الأوسع ودقة مفرطة وضمير حي وانشغال غير ضروري بالإنتاجية الشخصية لدرجة استبعاد المتعة والعلاقات الشخصية إضافة إلى تميزها بالنظام الشديد والدقة المتناهية في الأمور والمطالبة بالمثل العليا واحترام التقاليد مع ميلهم للصلابة في الرأي وعدم المرونة في معاملة الناس ويميلون للروتين وإن اختلف أحد معهم في شيء من ذلك اتهموه بالإهمال وانعدام الضمير وهم يحاسبون أنفسهم على أتفه الأشياء ولا يكادون يخلدون إلى الراحة يبدأون في لوم أنفسهم إضافة إلى الميل إلى التكرار والناس والتأكد من كل عمل، إضافة إلى اهتمام مبالغ فيه بمسألة نظافة السكن والملبس، إضافة إلى ميلهم إلى القراءة في المسائل الطبية. (أحمد عكاشة 1998، أحمد عبد الخالق: 2002)

تتضمن العاطفة شقين (الشعور، والتعبير) والشعور هو الحالة الوجدانية داخل الإنسان كشعوره بالسعادة أو الحزن أو الغضب.. أما التعبير فهو توصيل هذه المشاعر للآخرين، وصاحب الشخصية القهرية لديه قصور في التعبير عن عواطفه .. وقدرته محدودة في نقل أحاسيس الدفء والتعاطف والمودة أما الصفة الثانية التي يتسم بها صاحب الشخصية الوسواسية القهرية فهي الدقة المتناهية في كل شيء... الدقة التي تبغي الكمال، ولكن الكمال الذي يبغيه يكون من الصعب الوصول إليه نظراً لاهتمامه بداية بالتفاصيل وكل الأشياء الصغيرة والمحافظة على الشكل المبدئي، ولهذا فهو مرهق، ينهك وهو ما يزال في منتصف الطريق كما يتسم صاحب الشخصية القهرية بأنه في شجار دائم مع الآخرين ومع نفسه أيضاً يحاسبها ويؤنبها... ضميره متيقظ وقاس يؤاخذه ... يقلقه ويدفعه أحياناً إلى حد الوسوسة. (عادل صادق: 1989).

نسبة انتشاره

- تبلغ نسبة انتشاره في أنه يصيب الذكور أكثر من الإناث.
- احتمال وجود عامل وراثي.
- ارتفاع تطابق حدوثه في التوءمين أحادي البويضة.
- في الغالب أكثر حدوثاً بين الأبناء الكبار. (Kapian. Sadock 1996).

معايير تشخيص اضطراب الشخصية الوسواسية – القهرية وفقاً للدليل التشخيصي الأحصائي الرابع:

1. الانشغال بالتفاصيل والقواعد والنظام أو الترتيب بدرجة يضيع معها الاهتمام بالنقاط الرئيسية في الموضوع.
2. ينشد الكمال لدرجة تتعارض مع تكميل ما يقوم به (مثل: عدم القدرة على إكمال أي مشروع لأنه يتطلب معايير صارمة جداً ولم تتحقق).
3. الاكتراث والإخلاص في العمل والإنتاج والابتعاد عن أنشطة الاستمتاع والصداقة. (ليس ذلك بسبب الحاجة إلى المال).
4. وجود ضمير قاس وعدم المرونة في الأمور المتعلقة بالأخلاق أو القيم (لا يعد هذا المعيار ضمن التوحد الثقافي أو الديني).
5. عدم القدرة على رفض الموضوعات التافهة والتي لا قيمة لها.
6. مقاومة أو معاوضة المهام الموكلة إليه من الآخرين إلا إذا وافقه الآخرون على طريقة أدائه لهذه المهام.
7. البخل في إنفاق المال بحجة أن المال يجب ادخاره لمواجهة أزمات المستقبل.
8. الجمود والعناد أو التعصب.
9. نادراً ما يظهر القدرة على التعبير الانفعالي وإظهار العواطف الدقيقة أو لا يظهرها على الإطلاق (ولذا قلما يحتضن أو يقبل أعزاء ونادراً ما يبدى الحب والود لهم).

ملاحظة

أ. لابد من توفر أربعة معايير (أو أكثر من المعايير السابقة حتى يمكن التشخيص).

ب. يتسم هذا النوع من الاضطراب بالآتي:

- الانشغال المفرط بالنظام والكمال.
- القدرة على التحكم في التفكير والعلاقات الاجتماعية.
- يتميز بالصلابة، والعناد والإصرار على رأيه.
- يظهر هذا الاضطراب في بداية سن الرشد المبكر.
- يظهر هذا الاضطراب (من خلال رصد أعراضه السابقة) في الكثير من المواقف والتفاعلات الاجتماعية (APA, 2000).

2. اضطراب الشخصية المتجنبة Avoidant Personality Disorder

تعريفها: لقد عرفه هاميلين وآخرون Hummelen, et al على أن المصابين باضطراب الشخصية المتجنبة أكثر إظهاراً للعصابية والقلق وضعف القدرة الاجتماعية كأن يتجنب الأنشطة الوظيفية ويتجنب الاختلاط بالآخرين ويكون مقيداً في إقامة العلاقات الحميمة، ويسيطر عليه الرفض التام لكافة الأمور، وغير قادر على التعامل الشخصي، ويحتقر الذات ويكون ضد التجديد أو التحديث، ويخشى عمل الأشياء بنفسه، ويظهر قلقاً اجتماعياً زائداً. (Hummelen et al, 2006).

تتسم تلك الشخصية بالخجل والصراع بالنسبة للعلاقات الشخصية المتبادلة، حيث يرغب الشخص في عمل تلك العلاقات ويحجم عنها في نفس الوقت، وبهذا تختلف الشخصية المتجنبة عن الشخصية فصامية النوع حيث توجد الرغبة في العلاقات الشخصية المتبادلة، كما تختلف أيضاً عن الشخصية الحدية لا تظهر درجة واضحة من الهياج والتقلب الانفعالي الذي يظهر في الشخصية الحدية.(Meyer, 1994) .

نسبة الانتشار

تبلغ نسبة انتشارها بين السكان من 0.05٪ إلى 1٪ ومن العوامل التي تمهد لهذا الاضطراب: اضطراب الطفولة والمراهقة المتجنب والأمراض الجسيمة المؤدية إلى التشويه.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية المتجنبة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي:

نمط ثابت من القمع الاجتماعي، والشعور بعدم الكفاءة والحساسية الزائدة للتقييمات السلبية ويبدأ هذا الاضطراب مع بداية الرشد ويظهر في سياقات متعددة:

1. تجنب الأنشطة المهنية التي تتضمن علاقات شخصية متبادلة هامة بسبب الخوف من الانتقاد أو عدم الاستحسان أو الرفض.
2. يرفض التعامل مع الآخرين فيما عدا الأشخاص الذين يشبهونه.
3. يبدي تحفظاً في مجال العلاقات الحميمة بسبب خوفه من الخزي أو السخرية منه.
4. الانشغال مسبقاً بما يمكن توجيهه إليه من نقد أو رفض في المواقف الاجتماعية.
5. عدم الإقبال على المواقف البينشخصية الجديدة لشعوره بعدم كفاءته الشخصية.
6. النظر إلى ذاته باعتبارها غير جديرة أو الشعور بالدونية مقارنة بالآخرين.
7. المقاومة غير العادية للقيام بأية مخاطرة شخصية أو الانغماس في أية أنشطة جديدة لأنها قد تكون مربكة.
8. ليس لديه أصدقاء حميمون أو من يأتمنهم على أسراره.
9. يبالغ في الصعوبات أو الأفكار أو المخاطر المحتملة والمتعلقة بقيامه بأشياء عادية ولكنها لا تدخل ضمن نطاقه المعتاد.

ملاحظة

أ. لابد من توفر أربعة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يمكن تشخيص الشخص وفقاً لهذا النمط من الاضطراب.

ب. لعل أهم السمات الأساسية التي تسود أصحاب هذا النمط من الاضطراب.

- سيادة مشاعر بعدم الكفاءة.
- فرط الحساسية لأي نقد أو تقييم سلبي.
- يبدأ هذا الاضطراب في سن الرشد المبكرة.
- يظهر هذا الاضطراب في العديد من المواقف والتفاعلات الاجتماعية للشخص. (APA, 2000)

3. اضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent personality Disorder

تعريفها: تتسم هذه الشخصية بالاعتماد الزائد على الآخرين، وتسليم القيادة لهم ليتحملوا المسئولية عنه ومقابل ذلك يرضخون للآخرين ويشعرون كأنهم ريشة في مهب الريح لا حول لهم ولاقوة، وكفاءتهم منخفضة، ويشعرون بضياع وفراغ شديدين عند انتهاء علاقة حميمة، (محمد القاسم: 2004، 377).

تتسم هذه الشخصية بالفشل في تحمل المسئولية في المجالات الرئيسية في حياة الشخص، والاعتماد على الآخرين في اتخاذ القرارات الهامة، وانخفاض تقدير الذات. (Wortman et al. 1992).

اضطراب شخصية تتميز باعتماد شامل على الآخرين أو السماح لهم بتولي مسئولية جوانب هامة في حياة الشخص وتسخير الاحتياجات الذاتية للآخرين الذين يعتمد عليهم الشخص أو وضوح غير مبرر لرغباتهم إضافة إلى إحساسه بعدم الكفاءة، أو إلى انشغال بالخوف من الناس كي لا يهاجموه والإحساس بعدم الراحة عندما يكون وحيداً، والإحساس بالكارثة حين تنفصم علاقة حميمة مع آخر، إضافة إلى إلقاء التبعية والمسئولية على الآخرين دوماً مع افتقاد إلى الثقة في النفس والإحساس بالعجز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات. (أحمد عكاشة، 1998).

نسبة الانتشار

يعد هذا الاضطراب من الشخصية هو أكثر انتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور وحتى هذه اللحظة لم تحدد نسبته بدقة على الرغم من أنه اضطراب شائع.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية الاعتمادية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

1. وجود صعوبة في اتخاذ القرارات اليومية بدون وجود قدر متزايد من النصح والإرشاد أو التشجيع من الآخرين.
2. يحتاج إلى الآخرين في تحمل المسئولية في معظم مجالات حياته الخاصة.
3. وجود صعوبة في الاعتراض على الآخرين بسبب الخوف من افتقاد المساندة أو الاستحسان، مع ملاحظة أن هذا المعيار لا يشمل المخاوف الواقعية.
4. وجود صعوبة في البدء في أي مشروع أو عمل أي شيء من تلقاء نفسه (بسبب الافتقار إلى الثقة في نفس عند إصدار حكم فضلا عن انخفاض الدافعية والطاقة لديه).

5. يسعى إلى اكتساب أكبر قدر من الدعم والمساندة من الآخرين.
6. الشعور بعدم الراحة أو العجز حينما يكون وحيداً للخوف الشديد من عدم القدرة على رعاية نفسه.
7. يبحث بلهفة عن علاقة أخرى للرعاية وذلك عند انتهاء إحدى علاقاته الحميمة
8. الانشغال غير الواقعي بالخوف من تركه يرعى نفسه بمفرده.

ملاحظة

أ. لابد من توفر اربعة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص.
ب. من أهم الصفات لهذا النمط من اضطرابات الشخصية وهو:
- فرط الحاجة إلى أن يرعاه الآخرون.
- الخضوع أو الالتصاق بالغير.
- تشابه مخاوف الانفصال.
- يبدأ هذا الاضطراب في سن الرشد المبكرة.
- يبدي في العديد من المواقف والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين.

رابعا:اضطرابات شخصية لم يسبق تصنيفها

هذه الاضطرابات الخاصة التي لم يسبق تصنيفها هي غير مدرجة في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع حالياً، ولكنها تخضع للبحث أصلاً في أن تضاف إليه في الإصدار القادم، ولذا نقدم محاولة للوقوف على أهم أعراض وسمات هذه الاضطرابات الشخصية والذي لم يسبق تصنيفها. (APP,2000).

1. اضطراب الشخصية السلبية العدوانية:

تعريفه: هو نمط متغلغل من المقاومة السلبية لما يطلب منه أداء اجتماعياً أو مهنياً كافياً، حيث يكون الفرد متباطئاً في إنجازه للاعمال، ويصبح كثير الجدل عندما يطلب منه فعل شيء لا يريده، إضافة إلى (تعمد نسيانه) الأعمال والوعود التي عاهد نفسه مع الوفاء بها بحجة أنه قد نسي ذلك.(Cpitsen . et al 1990).

نسبة الانتشار

لا توجد نسب محددة توضح مدى الإصابة بهذا الاضطراب.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية السلبية العدوانية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

1. يتخذ المقاومة السلبية سلاحاً له عند تنفيذ المهام الروتينية والاجتماعية والمهنية.
2. دائم الشكوى من أن الآخرين لا يقدرون حقيقة ما يقوم به من الأعمال إضافة إلى عدم تقديرهم له التقدير الذي يستحقه.
3. دائم الامتعاض وكثير التبرم (والقرف).
4. دائم النقد والسخرية لرؤسائه، ويسخر منهم دون مبرر.
5. دائم الحسد والسخط تجاه الأشخاص الأفضل منه حظاً ومكانة.
6. دائم الشكوى من سوء الحظ الذي يلازمه.
7. يتقلب سلوكه ما بين التحدي العدواني للآخرين أو إبداء الندم على ما اقترفه من سلوك.
8. يتبرم من الاقتراحات المفيدة التي يتقدم بها الغير حول كيفية تحسين إنتاجه.
9. يعرقل جهود الآخرين بسبب عدم إنجازه لمهامه.

ملاحظة

أ. لابد من توفر أربعة (معايير أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقاً لهذا النمط من اضطرابات الشخصية

ب. لعل أهم سمات هذا الاضطراب الآتي:

- نمط متأصل في الشخصية يتصف بالمقاومة السلبية.
- تعطيل الأعمال وتعمد تأخيرها.
- التبرم عند أي توجيه لتحسين العمل.
- هذا الاضطراب يبدأ في سن الرشد المبكرة.
- يتبدى في العديد من المواقف والتفاعلات التي تتم بين الشخص والآخرين. (APA,2000)

2. اضطراب الشخصية الهازمة لذاتها Self-defeating Personality Disorder

تعريفه: نمط متغلغل من السلوكيات الهازمة لذاتها، حيث يتصف الشخص بتجنب أو إفساد الخبرات الممتعة، ويسعى لأن يستدرج لمواقف أو علاقات تسبب لـه المعاناة، ويمنع الآخرين من مساعدته أو وضع نفسه في مواقف تسبب له القهر والمعاناة.(محمد حسن غانم: 2006، 184).

نسبة الانتشار

لا توجد بيانات دقيقة يمكن الاعتماد عليها لتحديد مدى انتشار هذا النمط من الاضطرابات.

تشخيص الشخصية الهازمة للذات وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

1. يختار الأشخاص والمواقف التي تسبب له الفشل وخيبة الأمل وسوء المعاملة حتى عند توفر فرص أفضل وبصورة واضحة.
2. يرفض محاولات الآخرين لمساعدته لأنه لا يريد مضايقتهم.
3. يستجيب للأحداث الشخصية الإيجابية (مثل: الإنجاز- النجاح- الحصول على أي شهادات تفوق) بالاكتئاب والشعور بالذنب أو بسلوك يسبب له الألم مثل الحوادث.
4. يثير غضب الآخرين أو رفضهم له- نتيجة ذلك يشعر بالمهانة والهزيمة والإذلال.
5. يترك فرص الاستمتاع تمر دون أن ينتهزها ، أو يمتنع عن الاعتراف بالاستمتاع بالرغم من توفر المهارات الاجتماعية اللازمة لديه وقدرته على استشعاره المتعة.
6. يفشل في إنجاز المهام الأساسية بالنسبة لأهدافه الشخصية بالرغم من قدرته الواضحة على الإنجاز.
7. يشعر بالملل ممن يعاملونه معاملة طيبة بصورة منتظمة أولا يهتم بهم.
مثال: (لا يجذبه من الناحية الجنسية من يحبه أو يبدي اهتماماً به من الجنس الآخر).
8. يبالغ في التضحية بنفسه دون أن يطلب منه ذلك، وبالرغم من عدم تشجيع المستفيدين من تلك التضحية.

ملاحظة

أ. لابد من توفر خمسة معايير (أو أكثر) حتى يمكن تشخيص هذا النمط من الاضطراب.

ب. أهم سمات هذا الاضطراب.

- إن الشخص لا يشعر بالمتعة في المواقف التي تتطلب ذلك.
- يستدعي الخبرات السيئة كرد فعل لهذه المواقف السعيدة.
- يضع نفسه في المواقف التي تجلب له المهانة والتعاسة.
- يتردد في العديد من المواقف والتفاعلات التي تقتضي وجود الفرد مع الآخرين. (APA., 2000).

3. اضطراب الشخصية الاكتئابية Depressive Personality Disorder

تعريفها: تتمثل مظاهرها المرضية في الشعور بالانقباض وتقدير سلبي للذات، والقلق، ونقد الذات والآخرين بقسوة، والتشاؤم والشعور بالذنب، وفيها يكون الشخص معظم حياته في حالة من الحزن غير المعبق لتأدية أعماله لكنها سمة بارزة له، بالإضافة إلى تأنيب ضمير شبه مستمر، والإحساس بقلة الحيلة في الحياة، والنظرة السوداء للأمور.(Orstavik, et al. 2007, 181) .

نسبة انتشارها

إن العوامل الوراثية والبيئية تأثيراً مباشراً في نشوء اضطرابات الشخصية الاكتئابية كما أن النساء أكثر إظهاراً لاضطراب الشخصية الاكتئابية عن الرجال.

. (Orstavik. et al. 2007, 182)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية الاكتئابية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

1. سيطرة مشاعر البؤس والكآبة وانعدام المرح والسعادة والتعاسة كسمات أساسية تميز مزاج الشخص.
2. تنشغل الذات بمفاهيم ومعتقدات تدور حول عدم الكفاءة وتفاهة الشأن والدونية.

3. تتصف اتجاهات الشخص نحو نفسه بالنقد واللوم والتهوين من شأنه والحط من اعتبار الذات وقيمتها.
4. دائماً ما يسيطر على أفكار الشخص التفكير التشاؤمي والقلق.
5. يتسم بالسلبية تجاه الآخرين مع نقد لاذع لهم.
6. يعد التشاؤم العنوان الرئيسي للشخص المصاب بهذا الاضطراب.
7. حساسية مفرطة للمواقف مع سرعة الشعور بالذنب والندم.

ملاحظة

أ. لابد من توفر خمسة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقاً لهذا النمط من الاضطراب.

ب. يشترط التشخيص، عدم اقتصار ظهور الأعراض السابقة على نوبات الاكتئاب الجسيم، ولا يفسرها وجود مرض عقلي آخر.

ج. أهم سمات هذا النمط من الاضطراب.

- اكتئاب يسيطر على التفكير والمزاج والسلوك.
- يبدأ هذا الاضطراب في سن الرشد المبكرة.
- يظهر في العديد من المواقف والتفاعلات بين الشخص والآخرين. (APA., 2000)

أسباب اضطرابات الشخصية

أولاً: الأسباب البيولوجية

تلعب الوراثة دوراً كبيراً في اضطرابات الشخصية، وقد يكون اضطراب الشخصية لدى الفرد هو نفس الاضطراب السائد لدى العائلة أو قد يكون اضطراب آخر هو السائد لدى العائلة، كما لوحظ أن هناك عدداً لا بأس به من أقارب ذوي اضطراب الشخصية مصابون بأنواع مختلفة من الذهانات. (عمر شاهين، يحيى الرخاوي، 1977)

وعلاوة على ذلك يرى أنصار النظريات الفسيولوجية أن بعض الأفراد يولدون بخصائص فسيولوجية معينة تجعلهم مستهدفين لتنمية أنماط معينة من اضطرابات الشخصية، فالشخصيات المضادة للمجتمع قد تكون لديها استثارة منخفضة مزمنة للجهاز العصبي المستقل المرتبط بالاستجابات الانفعالية.

وجدت العديد من الدراسات أن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث الاضطرابات مثل: الوراثة، الإصابات السابقة على الولادة، التهاب المخ إصابات الدماغ المختلفة.

- ترتفع نسبة توافق حدوث الاضطراب في التوءمين الأحادي البويضة.
- تتوفر العديد من الأدلة التي تشير إلى اضطراب وظائف من أجزاء بعينها في المخ في اضطرابات الشخصية وفيما يلي أمثلة عليها:

1. الفص الجبهي: حيث كشفت العديد من الدراسات عن وجود اختلالات به خاصة عند ظهور سمة الاندفاع والتهور لدى الشخص، وسوء الحكم على الأمور، ومع عجز في الإرادة أو تعطلها.
2. الفص الصدغي: حيث وجد اختلال في هذه الوظيفة خاصة لدى الأشخاص الذين يتميزون بزيادة العدوان والجنس والتدين المرضي، واحتمال اللجوء إلى العنف كسمة أساسية في سلوكياتهم.
3. الفص الجداري: حيث كشفت الدراسات عن وجود اختلال في هذا الجانب مع المخ خاصة لدى الأشخاص الذين يتميزون بإنكار المرض والشعور بالتشوه، وفقدان الاستبصار بالكثير من قواعد وقوانين الواقع المعيش. (محمد حسن غانم: 2006، 185: 186).

ثانياً: العوامل النفسية

- إن اضطرابات الشخصية تكون نتيجة منطقية لتفاعلات كافة الأحداث البيئية على الشخص، لأن البيئة لا تؤثر على فراغ أو على تكوين منعدم ولكنها تتفاعل مع بعض المعطيات الأساسية التي يملكها الشخص. (محمد شعلان: 1979).
- توقف النضج النفسي في الطفولة المبكرة تماماً بحيث يصبح النمو بعد هذا التجميد الطفلي مجرد زيادة في حجم الشخصية وليس إعادة تركيب مكوناتها، وكثيراً ما يظهر هذا في الأفراد قبل المراهقة. (يحيى الرخاوي : 1979).
- إدراك الرفض الوالدي وخاصة لدى الأفراد ذوي الشخصيات المضادة للمجتمع حيث يدرك الأطفال الرفض وعدم القبول أو الحب من قبل الوالدين، وهذا يجعل الأبناء لا يتبنون القيم المعنوية للوالدين. (Wortman at al., 1992).

- وجدت العديد من الدراسات أن هؤلاء الأشخاص قد تعرضوا للعديد من المتاعب الشخصية والمشكلات الأسرية، والاعتداء عليهم في كثير من الأحيان سواء أكان هذا الاعتداء بدنياً أم جنسياً على يد شخص غريب أو أحد الأقارب وما إلى ذلك.
- إضافة إلى إدراك أكبر للرفض الوالدي وخاصة لدى الأفراد ذوي الشخصيات المناهضة للمجتمع حيث يدرك الطفل من خلال هذه الخبرة بتعميم هكذا يدرك أن الآخرين يرفضون ... ومادام الأمر كذلك فلماذا لا يبادرهم بالاعتداء عليهم وترويع أمنهم قبل أن يبادروه هم بذلك. (Vitousek Mank, 1994).
- حدوث صراع شديد بين مكونات الشخصية (الهو – الأنا – الأنا الأعلى) أثناء مراحل نمو الشخصية؛ فلا يتحقق توازن وتوافق الشخصية حيث يصبح الأنا غير قادر على التوفيق بين نزعات الهو ومطالب الأنا الأعلى والواقع الخارجي.
- قد يؤدي التثبيت على مرحلة نمو نفسي جنسي معينة إلى اضطرابات الشخصية مثل التثبيت على الشق الأول من المرحلة الفمية لقد يؤدي إلى اضطراب الشخصية الفصامية أما التثبيت على الشق الثاني من المرحلة الفمية فقد يؤدي إلى اضطراب الشخصية الحدية. أما التثبيت على المرحلة الشرجية فقد يؤدي إلى اضطراب الشخصية البارانوية. (حسين فايد: 2003، 194).

علاج اضطرابات الشخصية

يعتبر علاج اضطرابات الشخصية من أصعب ما يواجه المعالجون النفسيون، وترجع هذه الصعوبة للأسباب التالية:

1. عدم حضور المريض إلا إذا تصادم مع المجتمع، والمريض عادة لا يهدف إلى تغيير سلوكه ولكنه يحاول أن يتخلص من الصعوبة الطارئة.
2. إن أية محاولة لتغيير هذه الأنماط التي ثبتت تهدد باختلال التوازن النفسي – ولو أنه توازن مبهم إلا أنه توازن بشكل ما – ولذلك فالمريض يقاوم العلاج.
3. بالرغم من معاناة بعض أفراد الأسرة إلا أن علاقاتهم بالمريض قد استقرت على أساس توازن معين من ضمن مقوماته هذا النمط الشاذ، ويعارضون لا شعورياً محاولة تغيير هذا النمط (لذلك يجب النظر إلى ديناميات الأسرة جميعها) (عمر شاهين، يحيى الرخاوي: 1979)

وبالرغم من الصعوبات السابقة، فإن المريض وأهله قد يضطرون إلى المغامرة بالعلاج وهنا تستخدم طرق العلاج التالية:

أولاً: العلاج بالعقاقير

يعتبر علاج اضطرابات الشخصية ذو تأثير محدد حيث إنه لا يفيد إلا في علاج الأعراض الطارئة مثل التوتر أو القلق أو الاكتئاب، وتستخدم مضادات القلق والاكتئاب في هذه الحالات، كما تستخدم مضادات الذهان في حالة اضطرابات الشخصية البارانوية أو الفصامية. (حسين فايد: 2003، 196).

من الممكن أن يستخدم العديد من العقاقير التي تعمل على تهدئة الأعراض مثال: في حالة اضطرابات الشخصية البارانوية من الممكن استخدام مضادات الذهان بجرعات صغيرة مثل: أقراص الهانوبيريدول، أو مضاد للقلق الفاليوم، وذلك للتعامل مع الفوران والقلق عند ظهورهما، وكذلك إمكانية فعل نفس الشيء لدى مرضى اضطرابات الشخصية شبه الفصامية. (Kaplan,H.& Sadock, B. 1996).

ثانياً: العلاج النفسي

وهنا يحاول المعالج أن يقيم علاقة وثيقة بينه وبين المريض، ويقدم له المساندة مع فهم دوافعه وإعطائه الفرصة لتفريغ انفعالاته، وإكسابه النضج تدريجياً، كما يمكن إعادة نمو المريض وتكوين عادات صحية.

1. العلاج التدعيمي: من الممكن استخدام هذا النوع من العلاج بفاعلية مع العديد من مضطربي الشخصية مثال: لاستخدام العلاج التدعيمي لدى شخص يعاني من اضطراب هستيري:
   - اهتم بالألفة والتجاوب طول الوقت؛ لأن فقدان ذلك يعني فقدان المريض.
   - بالرغم من النصيحة السابقة لا تجعل حرصك على الاحتفاظ بالمريض يمنعك من المحافظة على أمانتك كمعالج.
   - كن مستعداً لعمليات طرح شديدة وعاصفة، ولا سيما إذا كان المريض من الجنس المغاير لجنس المعالج... الخ. (بيتر نوفاليس وآخرون: 1998).

2. العلاج السلوكي: يهدف هذا العلاج إلى تغيير عادات المريض بالارتباط الشرطي واستخدام مبادئ الثواب والعقاب أو التدعيم الإيجابي والسلبي للإبقاء على السلوك الجيد والتخلص من السلوك المرضي، ويستخدم هذا العلاج في الشخصيات المضادة للمجتمع و التي تدمن الخمور حيث يمكن علاجها باستخدام العلاج بالتنفير.
3. العلاج المعرفي: القائم على منحى آرون بيك، والذي ينظر إلى أخطاء التفكير على أنها مسئولة في المقام الأول عن مشكلات سلوك الفرد أو تفاعلاته مع الآخرين وإن أصحاب الشخصية البينية كمثال – يسود لديهم ثلاثة فروض:

أ. العالم خطير وحقود.

ب. أنا بلاقو وعرضة للانجراح.

ج. أنا غير مقبول أساساً.

وعن طريق فنيات العلاج المعرفي المختلفة يمكن التعامل مع مثل هذه الاضطرابات (مارشالينهان، كورتستين كيهدر، 2002).

ثالثاً: العلاج البيئي

وفي هذا العلاج يتم تخفيف الضغوط التي تقع على المريض سواء أكانت هذه الضغوط أكاديمية أو مهنية أو أسرية، ومحاولة حل الصراعات الأسرية سواء بين الزوجين أو بين الوالدين والابن وذلك لمساعدة المريض على التكيف بطريقة أفضل.

اضطرابات القلق Anxiety Disorders

اضطراب القلق العام General Anxiety Disorder

مقدمة

يسمى العصر الحالي بعصر القلق Age of Anxiety، فالقلق أصبح هو السمة السائدة لدى الأطفال والكبار والشيوخ فنحن جميعا قلقون. وترجع هذه التسمية (عصر القلق) إلى أسباب عديدة ودوافع شتى حيث يقع اضطراب القلقAnxiety Disorders من وجهة نظر علم النفس المرضي في القلب من الاضطراب النفسي ويعتبر القلق بمثابة العرض الجوهري المشترك في تلك الاضطرابات النفسية بل وفي أمراض عضوية متنوعة، وهو أكثر فئات العصاب شيوعاً إذ يكون من 30-40٪ من الاضطرابات العصابية تبعاً للتصنيفات المبكرة ويجمع الباحثون على أن القلق هو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية، وأصبح

القلق حجر الزاوية في كل من الطب النفس جسمي Psychosomatic ونظرية الطب النفسي Psychiatric (أحمد عبد الخالق، 1994).

القلق من أكثر الاضطرابات الانفعالية انتشاراً في مرحلة الطفولة المبكرة بحيث يمكن القول بأنه "عصاب الطفولة" ففي معظم حالات الاضطراب لدى الأطفال نجد أن الطفل يعاني من القلق والقلق خبرة إنسانية لها قيمة بقائية، حيث يعمل القلق كنظام تحذيري يساعد الفرد على تعبئة طاقته لمواجهة أية أخطار في الواقع الخارجي مما يعني أن المستويات المعقولة من القلق لها قيمة بقائية ووقائية تحمي الطفل وتحميه من الخطر، بينما المستويات المرتفعة من القلق تؤدي إلى توقع مستمر للخطر والشر مما يؤدي إلى خلل معرفي وانفعالي كما أن المستويات المنخفضة من القلق ترتبط بالتبلد واللامبالاة لدى الطفل مما يعني الفشل في الدراسة والحياة. (عماد مخيمر، هبه محمد، 2006: 135).

تعريف القلق

إن حالات القلق: مجموعة مختلفة من المظاهر البدنية والعقلية غير الراجعة إلى خطر حقيقي تحدث على فترات أو بصورة مستمرة، ويكون القلق عاماً، وقد يصل إلى حد الهلع، وقد تكون الأعراض الأخرى مثل الأعراض الوسواسية الهستيرية موجودة ولكنها لا تسود الصورة الإكلينيكية. (منظمة الصحة العالمية: 1982، 48).

ويعرف (أحمد عكاشة، 1998) القلق بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو السحبة في الصدر أو الضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع، أو كثرة الحركة... الخ.

إن قلق الأطفال يختلف عن قلق الراشدين، وذلك بسبب عدم نضج الأطفال واعتماديتهم وخبراتهم المحدودة في الحياة، بالإضافة إلى تعرضهم لتغييرات كثيرة قد تمثل ضغوطاً بالنسبة لهم (الالتحاق بالحضانة، بداية دخول المدرسة، عودة الأم إلى العمل، الانتقال إلى منزل جديد، وفاة أحد الوالدين، سوء العلاقة بين الوالدين...الخ) مما قد يؤدي إلى شعور الطفل بالقلق والعجز. (Lewinsohn, 1998: 109: 117).

ويعرف (أحمد عبد الخالق، 1994) القلق بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديداً غير معلوم المصدر، مع شعور بالتوتر والشر، وخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق

استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقف لا تمثل خطراً حقيقياً، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية. لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت تمثل خطراً ملحاً أو مواقف تصعب مواجهتها.

يحتل القلق مكانة بارزة في علم النفس الحديث، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية، بل في أمراض عضوية شتى، فهو محور العصاب وأبرز خصائصه، كما أنه السمة المميزة لعديد من الاضطرابات السلوكية والذهان. (أحمد عبد الخالق، مايسة النيال : 1991، 28).

والقلق حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوجس المصحوب بعلامات جسمية تشير إلى فرط نشاط الجهاز العصبي الذاتي، ويختلف القلق عن الخوف بأن الأخير (أي الخوف) يمثل استجابة لسبب معروف.(Kaplan H. & Sadock,B. 1996) .

القلق والمفاهيم المرتبطة به

1. **القلق السوي والقلق المرضي:** في الغالب يكون السوي خارج المنشأ وهو الذي يخبره الفرد في الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر، أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئاً يهدد أمنه وسلامته.(دافيد شيهان: 1998، 17: 18)

أما القلق المرضي فهو داخلي المنشأ ولذا فهو خوف مزمن من دون مبرر موضوعي مع توفر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير، فهو قلق مرضي Morbid يسمى أحياناً بالقلق الهائم الطليق Free Floating Anxiety ، والقلق المرضي هو العرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية في كل الاضطرابات العصابية. (أحمد عبد الخالق: 1994، 15، 16).

2. **القلق والوسواس القهري:** وجود علاقة ما بين القلق واضطراب الوسواس القهري تتمثل في:

أ. إن القلق هو الأساس في اضطراب الوسواس القهري والدليل أنه في العلاج بالغمر ومنع الاستجابة يحدث انطفاء أو تلاشي من الخوف أو القلق الشرطي.

ب. هناك علاقة ما بين القلق وحدوث كل من التفكير الوسواسي والتفكير القهري، وإن مريض الوسواس يفوز لديه (عامل القلق) ولذا لا يستطيع أن يمنع نفسه من تكرار السلوك.

ج. إن القلق تقل حدته حين يقوم مريض الوسواس بتكرار أو تنفيذ الفعل القهري. (أحمد عبد الخالق: 2002، 202: 206).

3. **القلق والخوف:** أن القلق خوف محبوس لا يستطيع أن ينطلق في مجراه الطبيعي كالهرب أو الاختفاء أو الهجوم: فهو انفعال مؤلم نشعر به حين لا يستطيع أن نفعل شيئاً حيال موقف مخيف يتهددنا بالخطر أما الخوف فهو انفعال يجعل الإنسان قادراً على الهروب أو الاختفاء أو الهجوم على الموقف المهدد.

يصاحب القلق الشديد تغيرات فسيولوجية تتمثل في زيادة في ضغط الدم، وضربات القلب، وتوتر العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة أما الخوف الشديد فيصاحبه تغييرات فسيولوجية تتمثل في انخفاض ضغط الدم وضربات القلب وارتخاء في العضلات مما يؤدي أحياناً إلى حالة إغماء. (أحمد عكاشة: 1998: 107).

4. **قلق الاحتضار:** يحدث نتيجة للخوف من هذه (العملية غير المنتهية) وما ينتاب الشخص من أمل في ألا يكون هذا هو المرض الأخير أو اليأس والقنوط من الشفاء... وقد يعزى هذا القلق إلى بعض الاعتقادات الدينية المتصلة بخروج الروح من الجسد وما يستلزمه خروجها من حشرجة وكرب ومشقة وهلع. (أحمد عبد الخالق: 2005، 126: 137).

5. **قلق الموت:** هو استجابة انفعالية مكدرة، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه. (أحمد عبد الخالق: 2005، 119)

تصنيفات اضطرابات القلق العام في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع

1. **اضطرابات القلق العام Anxiety Disorders:** وتشمل تلك الاضطرابات الفئات الاضطرابية الآتية:

أ. المخاوف الشاذة Phobias .

ب. القلق العام Generalized Anxiety.

ج. اضطراب الهلع Panic Disorder.

د. اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder.

ه. اضطراب الانعصاب التالي للصدمة Post-Traumatic Disorder.

و. اضطراب القلق غير المصنف في مكان آخر Anxiety Disorder N.O.S.

2. **الاضطرابات جسدية الشكل Somatoform Disorder**: وتتضمن تلك الاضطرابات ما يلي:
   أ. اضطراب الجسد Somaisation Disorder .
   ب. اضطراب جسمي الشكل وغير متميز.
   ج. اضطراب التحول Cooversion Disorder.
   د. اضطراب الألم Pain Disorder.
   ه. توهم المرض Hypochondriasis.
   و. اضطراب التوهم بتشوه الجسم.
   ز. اضطراب جسمي الشكل غير مصنف في مكان آخر.
3. **الاضطرابات الانشقاقية Dissociaciative Disorder**: وتتضمن هذه الفئة الاضطرابات التالية:
   أ. النساوة الانشقاقية Dissociative Amnesia.
   ب. الشرود الانشقاقي Dissociative Fugue.
   ج. اضطراب الهوية الانشقاقية Dissociative Identiy.
   د. اضطراب اختلال الآنية.
   ه. الاضطراب الانشقاقي غير مصنف في مكان آخر Dissociative Disorder N.O.S.
4. **اضطراب المزاج Mood Disorders**: وتتضمن هذه الفئة الاضطرابات الآتية:
   أ. نوبة الاكتئاب العظمى Major Depressive Episode: وتشمل بدورها اضطرابين هما:
      1. عسر المزاج Dysthmic
      2. الاضطراب الاكتئابي غير المصنف في مكان آخر Depressive Disorder N.O.S
   ب. الاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder: وتضم بدورها فئتين هما:
      1. المزاج الدوري أو المتناوب Cyclothmic
      2. الاضطراب ثنائي القطب غير المصنف في مكان آخر. Bipolar Disorder N.O.S(APA,2000)

النظريات النفسية المفسرة للقلق

1. القلق في التحليل النفسي

يعرف (فرج طه وآخرون، 1993) القلق بأنه حالة من الخوف والتوتر تصيب الفرد وتوجد ثلاثة أنواع من القلق يمكن أن ترد بسهولة لعلاقات الأنا بالعالم الخارجي، والهو، والأنا الأعلى وهي:

أ. القلق الواقعي (الموضوعي) Realistic Anxiety: ويعني وجود سبب موضوعي موجود في العالم الخارجي يسبب القلق.

ب. القلق العصابي Neurotic Anxiety: والذي ينتج تحت وطأة الدفعات الغريزية من جانب الهو.

ج. القلق الأخلاقي Moral Anxiety: وهو قلق نتيجة خطر داخلي من جانب الأنا الأعلى.

أما أدلر Adller فيرى أن القلق شأنه شأن بقية الأمراض النفسية والعقلية وينجم عن محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية أو النقص ومحاولة الحصول على شعور بالتفوق. وأشار فرويد إلى أن القلق هو محور الصراع العصابي، وأن القلق هو العامل الرئيسي للعصاب.

وأشارت كارين هورني إلى أن الشعور بعدم الأمن النفسي يؤدي إلى القلق الأساسي Basic Anxiety وقد أطلقت عليه القلق الأساسي لأنها أساس القلق ولأنه ينشأ في المرحلة الأولى من حياة الطفل نتيجة لاضطراب العلاقة بين الطفل ووالديه، وترى هورني أن القلق يرجع إلى الشعور بالعجز والعدوان والعزلة، وهدف العوامل ناشئة عن الشعور بعدم الأمن النفسي. (Dicaprio, 1994: 371-391).

2. القلق في السلوكية

- أما أنصار المدرسة السلوكية فيرون أن القلق هو اتجاه انفعالي أو شعور ينصب على المستقبل، ويتميز بتناوب أو امتزاج مشاعر الرعب والأمل.
- ينتج القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.
- بمجرد المرور بخبرة (سارة أو مؤلمة) فإنها تتحول إلى استجابة مشروطة ترتبط (عن طريق التعميم) بمواقف أخرى أقل شدة وإحباطاً وإحداثاً للضغط النفسي.

- يتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين، أو تقليد أنماط القلق الخاصة بهما.
(على سبيل المثال نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا)

يرتبط القلق بالمؤثرات (بالمثيرات) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها، ثم ينقل من خلال مثير آخر عن خلال الفعل الشرطي فيؤدي ذلك إلى ظهور الفوبيا لذا لا عجب أن نجد القلق هو المركز والمنطلق الأساسي خلف كافة أنواع الاضطرابات العصبية. (Kaplan. H. & Sadock,B 1996).

3. القلق لدى المعرفيين

يشير كلارك وآخرون Clark. et al إلى أن خبرات الطفولة المؤلمة تجعل الطفل يكون صيغة سلبية إجمالية عن الذات Negtive-self تظهر في تركيز الطفل انتقائياً وتخيله وترديده للأفكار التي تتضمن توقعاً للمخاطرة والتهديد، مما يجعله يحرف كل الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر للخطر، فيصبح الخوف من الخطر كامن الموقف، أو خطراً قادماً من المستقبل، وهذا التوقع المستمر للخطر يتدخل في تقييم الفرد للمواقف المثيرة للقلق تقييماً موضوعياً فهو يبالغ في تقدير الخطر الكامن في الموقف، ويقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر، مما يجعله في حالة قلق مستمر، وهذا جعل بيك Beek يعتقد أن توقع الكوارث وتوجس الفرد هو مؤشر هام ذو دلالة للتنبؤ بالقلق. (Clark, Beck & Brown, 1989: 458 – 464)

أسباب القلق

1. العامل الوراثي

لقد وجد نويزا وآخرون Nuyes,etal (1987) نسبة تكرار عالية لاضطراب القلق بين الأفراد الذين تربطهم معاملة قرابة، وتوضح الأبحاث التي تمت على التوائم المتماثلة أو المتشابهة الذين ينحدرون من آباء لديهم قلق ارتفاع نسبة القلق لدى التوائم المتماثلة بما يوحي بفكرة تأثير هذا الاضطراب بالعوامل الوراثية. (محمد السيد: 2000: 261).

2. العوامل البيولوجية

أ. زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولا سيما الشق السيمبثاوي.
ب. زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أميدي Catecholammines في الدم.
ج. ارتفاع نسبة نواتج أيض النور أدرينالين.

د. انخفاض تركيز حامضي (جاما بيوتيرك) مما يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي المركزي.

هـ. ازدياد ناقل السيروتونين العصبي بسبب القلق، وازدياد نشاط الدوبامين المرتبط بالقلق.

و. ظهور بؤرة نشطه في الفص الصدغي.

ز. ازدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل.

(Kaplan, H & Sadock,B 1996)

3. الصراع النفسي

ينشأ القلق من صراع نفسي داخلي بين رغبة الطفل في إشباع دوافعه وحاجاته الطفلية، وخوفه في الوقت نفسه من فقدان حب الوالدين إذا تحقق هذا الإشباع غير المشروع أو الذي يتعارض مع الظروف البيئية والاجتماعية والأخلاقية.

4. عدم الشعور بالأمن

ولقد أرجع أدلر Adler القلق وعدم الشعور بالأمن إلى شعور الطفل بالقصور والعجز العضوي والبدني والقصور المعنوي والاجتماعي.

علاج القلق:

تتعدد المداخل التي تتعامل مع اضطراب القلق العام ويمكن تلخيصها في النقاط الآتية:

1. **العلاج الدوائي:** الديازيبام (الفاليوم)، التوفرانيل (مضاد الاكتئاب)، الالبرازولام (زاناكس)، البارنات، بيوسبار، الأبندرال، الكلوميبرامين، الفلوكزتين. (Kapafn H&) (Sadock,B 1996

2. **العلاج النفسي:** يساعد على الإسراع في علاج القلق العام مدى قدرة الفرد على الاستبصار بمشكلته واقتناعه الذاتي بأسبابها الحقيقية ويزيد من سرعة العلاج الكشف المبكر لحالات القلق لدى الأطفال، والإرشاد والتوجيه النفسي لعلاج مشكلات الفرد ومساعدته على تعديل سلوكه وتعديل بيئته وتنمية قدراته الخاصة. (محمد عبد المؤمن: 1986، 152 – 153).

3. **العلاج بالتحليل النفسي:** يعد العلاج بالتحليل النفسي هو أحد الوسائل الهامة في علاج القلق حيث يساعد على تقوية الأنا للمريض باعتبارها الجزء المسيطر على حفزات الهو والمنسق بين متطلبات الهو وضوابط الأنا الأعلى.

كما يساعد العلاج بالتحليل النفسي على تعليم المريض الاستبصار بصراعاته اللاشعورية مع محاولة التكيف وتعديل الأهداف وتنمية القدرات وفي بعض حالات الاضطراب يستحسن عدم محاولة الكشف عن الصراعات الخطيرة فقد يؤدي ذلك إلى حالة شديدة من القلق.

4. **العلاج السلوكي:** حيث يستخدم التحصين التدريجي أو المنظم الذي ابتدعه ولبي Wolpe حيث يشجع الطفل (خاصة إذا كان عمره يسمح بذلك) على إعداد مدرج القلق على شكل قائمة متدرجة من المواقف التي تثير القلق عنده، ثم يدرب على الاسترخاء في جلسات حيث يتخيل خلالها المواقف المقلقة عنده بدءاً بأضعفها وانتهاء بأقواها، ثم يطلب منه معايشة أمثال هذه المواقف الفعلية. (محمد عودة، كمال مرسي: 1986).

5. **العلاج العقلاني الانفعالي:** يعتمد على مناقشة الأفكار غير المنطقية لدى المريض، وإحلال أفكار منطقية بدلاً منها، وبذلك تتغير انفعالات المريض، وهذا بدوره يؤدي إلى تغير سلوكه المرضي.

6. **العلاج البيئي:** المقصود بالعلاج البيئي هو تغيير العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ في إثارة القلق مثل تخفيف أعباء الطفل أو الفرد للضغوط المؤثرة عليه ومثيرات التوتر ومحاولة تعديل اتجاهات أفراد الأسرة نحو المريض بما يساعد على شفائه.

اضطراب الرهاب Phobia Disorder

تعريف الرهاب (الخوف)

يعتبر بعض العلماء الخوف انفعالا فطرياً غريزياً يولد الإنسان به، فالأصل في طبيعة الإنسان أنه يولد محملاً بغريزة الخوف التي تجعل منه كائناً خائفاً حتى قبل أن يتلقى أية خبرة مخيفة عن البيئة المحيطة به، ولذا تفسر صيحة الميلاد بأنها تعبير عن الخوف عند انتقاله من البيئة الرحيمة إلى البيئة الدنيوية وما يواجهه من تغير (يوسف أسعد: 1990، 20).

ولقد أوضح حسين عبد القادر في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، بأن هناك فرقاً بين الخوف Fear والفوبيا Phobia مصطلح الخوف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي.

يعتبر أن الخوف ليس مرضاً (خاصة إذا كانت أسبابه خارجية) بل يعد ذلك .... بإمكانه تمهيداً لاندلاع مرضي. (حسين عبد القادر، 1993، 324).

إما مصطلح الفوبيا في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي فيشير إلى خوف شديد مرضي من موضوع أو موقف لا يستثير عادة الخوف لدى عامة الناس وأسويائهم ومن هنا اكتسب طابعه المرضي كالخوف من الأماكن المفتوحة الذي يبدو من خوف المريض من البقاء في الأماكن المفتوحة، فإذا دخل غرفة أو منزلاً لا يستريح إلا إذا أغلق الباب، وظل قلقاً حتى تغلق جميع المنافذ وهكذا.(حسين عبد القادر:1993، 604: 605)

أنواع المخاوف المرضية

1. رهاب الأماكن الواسعة Agora Phobia

تعريفه: هو عبارة عن مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول في المحال أو الزحام أو الأماكن العامة أو السفر وحيداً في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات، ويكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث في النوبات الحالية والماضية، ولذا فهو أشد اضطرابات الرهاب إعاقة، حيث إن بعض الأشخاص يظلون حبيسي المنزل تماماً (أحمد عكاشة : 1998، 130-131).

معايير تشخيص رهاب الأماكن الواسعة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

1. وجود كل من أ ، ب.

أ. نوبات ذعر غير متوقعة متواترة

ب. حدوث نوبة واحدة على الأقل على مدار شهر أو أكثر، وتكون متبوعة بواحدة أو أكثر من الأعراض التالية.

- اهتمام دائم بالنسبة لحدوث نوبات إضافية.
- الانزعاج على ما يتبع النوبة من عواقب (مثل: فقدان التحكم بالإصابة بنوبة قلبية، أو الوصول إلى الجنون)
- تغير جوهري في السلوك المرتبط بالنوبة.

2. غياب الخوف المرضي من الأماكن المفتوحة أو الواسعة.

3. لا ترجع نوبات الذعر إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسياً (مثل: سوء استخدام العقاقير، أو العلاج بالأدوية النفسية) أو بسبب حالات طبية عامة (مثل زيادة إفراز الغدة الدرقية)

4. لا تعد هذه النوبات كأعراض لاضطراب عقلي آخر مثل الرهاب الاجتماعي (حدوثها نتيجة الخوف من التعرض لموقف اجتماعي)، أو الرهاب البسيط (مثل التعرض لموقف الخوف)، أو اضطراب الوسواس القهري (مثل الخوف من التعامل مع شخص قذر ووسواس العدوى)، أو اضطراب ما بعد الصدمة (مثل الاستجابة لمثير مصاحب لضغوط شديدة)، أو اضطراب قلق الانفصال (مثل الخوف من أن يكون بعيداً عن منزله أو أقاربه الحميمين). (APA,2000).

2. الرهاب الاجتماعي Social Phoia

تعريفه: هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد، وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول ويكون المريض مقتنعاً إن واحدة من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلته الأساسية وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع. (أحمد عكاشة: 1998، 132).

معايير تشخيص الرهاب الاجتماعي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

أ. الخوف الدائم والواضح من موقف أو أكثر من المواقف التي تتطلب الآداء في جماعة حيث يخاف الفرد من أن يتصرف بطريقة تجعله حرجاً ومرتكباً أمام الآخرين، مع ملاحظة أنه مع الأطفال قد توجد هذه الأعراض حسب تطور علاقة الأطفال بأقرانهم الآخرين.

ب. التعرض لأي موقف اجتماعي يثير لدى الشخص القلق على نحو محدد وثابت تقريباً والذي يتبدى في شكل أو أكثر من أشكال نوبات الذعر مع ملاحظة أن الأطفال قد يعبرون عن رهابهم بالغضب أو تجنب المواقف التي تستثير لهم وفيهم هذه المشاعر المؤلمة.

ج. في الغالب يدرك الشخص أنه خوف غير متناسب مع المواقف التي تحدث.

د. يتم تجنب المواقف الاجتماعية التي يخاف منها الفرد والتي تكون دائماً مليئة بالقلق أو الأسى على النفس.

ه. يتعارض التجنب أو توقع القلق أو الأسى مع المواقف الاجتماعية أو الأداء المهني للفرد وعلاقاته الاجتماعية.

و. إذا كان الفرد أقل من (18) سنة فيجب أن تتبع ظهـور عـرض أو أكثر مـن أعـراض الرهاب لمدة 6 أشهر على الأقل.

ز. لا يرجع الرهاب أو التجنب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمـواد المؤثرة نفـسياً (مثل: سوء استخدام العقاقير، أو التعرض للعـلاج النفسي عـن طريـق تنـاول أدويـة نفسية) أو نتيجة حالة طبية عامة، أو المعاناة من أية اضطرابات عقلية أخرى.

ح. إذا ما وجدت حالة طبية عامة أو اضطراب عقلي آخر فإن الخـوف مـن المعيـار (أ) لا يكون مرتبطاً بها، ويتحدد عموماً ما إذا كان الرهاب يشمل معظم المواقف الاجتماعيـة مع الأخذ في الاعتبار تشخيص اضطرابات الشخصية التجنبية. (APA,2000).

أسباب اضطرابات الرهاب

يشير (والتر كوفيل وآخرون، ب.ت) إلى وجود أربعة ظروف تنشأ فيها المخاوف هي:

أ. قد تنشأ المخاوف باعتبارها خبرة اشتراطية شـديدة في الحيـاة المبكـرة للفـرد كمـا يـرى السلوكيون.

ب. عادة ما تكون استجابة الخوف نتيجة إزاحة مخاوف عامـة إلى رمـز يستطيع الفـرد بعـد ذلك تجنبه بسهولة فمثلاً، الشعور بالشك والعـدام الأمـن قـد يـزاح إلى الخـوف مـن الأماكن المرتفعة (الخوف من السقوط) ومـن هنـا يـستطيع المريض أن يعـالج خوفـه ببساطة بأن يتجنب الأماكن المرتفعة، ولكن إذا كـان الخـوف الـداخلي شـديداً وفعـالاً فسوف يمنع هذه الحيلة الدفاعية (الإزاحة) بخلق سلسلة كاملة من المخاوف الـتي تنتهـي بشلل المريض نفسياً.

ج. قد تنشأ الفوبيا كوسيلة لحماية المريض من الرغبات اللاشـعورية المستهجنة فمـثلاً قـد يظهر الخوف على امرأة ما عند وجودها بمفردهـا، ذلـك الخـوف الـذي يحميهـا مـن احتمال القيام بعلاقات جنسية خارج حياتها الزوجية، تلك العلاقـة الـتي ترغـب فيهـا لاشعورياً (كما يرى أنصار التحليل النفسي).

د. قد تظهر المخاوف وبخاصة تلك التي من نوع وسواس نتيجة الشعور بالذنب من سلوك معين يعتبره المريض – سلوكاً آثماً فالخوف من الإصابة بالزهري استجابة شائعة للذنب الناجم عن اتصال جنسي غير مقبول (غير شرعي يوبخ) (حسين فايد: 2003، 73).

علاج اضطرابات الرهاب

توجد العديد من العلاجات الطبية والنفسية والاجتماعية للمخاوف، فأما عن العلاجات الطبية فإنه يوصف للمريض الأدوية المهدئة والمضادة للقلق، إلا أن العلاجات النفسية السلوكية هي الأبرز على الساحة العلاجية.

1. **العلاج النفسي التحليلي:** يكشف العلاج بالتحليل النفسي عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة ..... والمعنى الرمزي للأعراض، وتصريف الكبت وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الغريب وتقريبه من إدراك المريض، والفهم الحقيقي والشرح، والإقناع والإيحاء، وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف ويستخدم أيضاً العلاج التدعيمي، وتنمية الثقة في النفس، وتشجيع النجاح والشعور به، وإبراز نواحي القوة والإيجابية لدى الفرد، وتنمية الشعور بالأمن والإقدام والشجاعة.

   ويستخدم كذلك العلاج النفسي المختصر في حالة المخاوف حديثة الظهور، ويستفيد المعالجون بالتنويم الإيحائي.

2. **العلاج السلوكي الشرطي:** وذلك بكف الارتباط بين المخاوف وذكرياتها الدفينة وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك، وفك الأشراط والتعرض لمواقف المخاوف نفسه، مع التشجيع والمناقشة والاندماج وربط مصادر الخوف بأمور سارة محببة، والتعويد العادي في الخبرة الواقعية السارة غير المخيفة ومنع استثارة الخوف (وقد تستخدم بعض الأدوية المهدئة للتقليل من حدة القلق المصاحب لمثل هذه المواقف) وتستخدم طريقة التحصين بصفة خاصة كما استخدمها فولبي Wolpe وكما طورها لانج Lang مستخدماً جهاز التحصين التدريجي الآلي.(حسن مصطفى: 2003: 320؛ 321).

3. **العلاج البيئي والأسري:** ويتلخص في علاج مخاوف الوالدين، وتهيئة جو منزلي تسوده المحبة والتعطف والهدوء والثبات والاتزان، وتوجيه الوالدين، والأقارب فيما يتعلق بضبط الانفعالات والتقليل من الخوف والتوتر والمشاجرات، حتى لا يشيع جو عدم الاطمئنان في الأسرة، وكذلك عدم سرد حكايات مخيفة للطفل.

4. **العلاج بالعقاقير:** تلعب دوراً كبيراً وأساسياً في علاج المخاوف يعطيها الطبيب النفسي للمريض، ولكن دائماً ما ينتاب المريض بأن هذه الأدوية سوف تسبب له الإدمان مما يجعله في اي وقت وقف هذه الجرعات مما يسبب له مشاكل صحية ولكن يجب أن تسحب هذه الأدوية، باستشارة الطبيب وهذا أفضل بكثير مما لو اوقفها بدون إذن

الطبيب ومن ضمن هذه الأدوية مضادات الاكتئاب فهو علاج ناجح في علاج المخاوف المرضية.

اضطراب الهلع Panic Disorder

تعريفه

يعد اضطراب الهلع هو أحد اضطرابات القلق، والأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع يخبرون نوبات فجائية من الخوف الشديد تستمر بضع دقائق وأحياناً تصل إلى ساعات، ويشعر هؤلاء الأفراد بصعوبة في التنفس، والغثيان الشديد، والدوخة وتصبب العرق، وألم الصدر، والقلق الشديد من الموت كما قد يصطحب الذعر حالة من الاكتئاب.(صلاح الدهري: 2005، 338).

تشخيص اضطراب الهلع

يشير تصنيف DSM4 إلى أنه يمكن تشخيص اضطراب الهلع بتوفر الشروط التالية:

1. حصول نوبة أو أكثر من القلق يتوفر فيها ما يلي:
   أ. لم تكن متوقعة.
   ب. لم تحصل في موقف كان فيه المريض مركزاً لانتباه الآخرين.
2. حصول أربع نوبات خلال أربعة أسابيع أو حصول نوبة أو أكثر تليها أربعة أسابيع من التوجس والخوف من حصول نوبات أخرى.
3. حصول أربعة أعراض على الأقل من الأعراض التالية:
   أ. ضيق التنفس أو الشعور بالاختناق.
   ب. دوخة أو شعور بعدم الاتزان.
   ج. زيادة في سرعة نبضات القلب.
   د. رجة أو شعور بالاهتزاز.
   ه. تصبب العرق.
   و. تعثر البلع.
   ز. غثيان أو ألم في البطن.
   ح. شعور بتبدد الشخصية أو عدم حقيقة الأشياء.

ط. الإحساس بالخدر أو التنميل.

ي. الشعور بالبرد أو القشعريرة أو الحرارة الزائدة.

ك. آلام صدرية وعدم الارتياح.

ل. الخوف من الموت.

م. الخوف من فقدان التحكم في النفس أو الوصول إلى حالة جنون. (APA, 2000)

أسباب اضطراب الهلع

يمكن بإيجاز معرفة أسباب اضطراب الهلع كالتالي:

1. عوامل بيولوجية.
2. أسباب وراثية.
3. أسباب نفسية واجتماعية.

علاج اضطراب الهلع

1. العلاج المعرفي السلوكي CPT: العناصر الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الهلع تستهدف التشوهات المعرفية والسلوكية المشكلة لنوبات الهلع، والعلاج يمكن تطبيقه على شكل جماعي أو فردي، وإن الجلسات تكون منتظمة وتركز على الأعراض والأفكار الحالية المرتبطة مع حالات الرعب الحالية والمستمرة ومحاولة تغييرها إلى سلوكيات سوية.
2. العلاج الدوائي: تتعدد العلاجات الدوائية وتوصلت الدراسات والأبحاث إلى أن المرضى يتحسنون من خلال استخدام مضادات الاكتئاب وخاصة ثلاثية الحلقات أو مثبطات الإنزيم المؤكسدة للأمينات الأحادية أو البنزوديازين.

اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disordor

تعريف الوسواس القهري

الوسواس القهري عبارة عن اضطراب عصابي يتميز بالآتي:

1. وجود وساوس في هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف.
2. وجود (أعراض) ظهرت في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية.

3. يقين المريض بتفاهة هذه الوساوس أو لا معقوليتها، وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام.
4. محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوساوس، وعدم الاستسلام لها ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة.
5. إحساس المريض بسيطرة هذه الوساوس أو قوتها القهرية عليه معاً يترتب عليه شلله الاجتماعي وآلام نفسيه وعقليه شديدة. (أحمد عكاشة: 1998، 136: 137).

معايير تشخيص الوسواس القهري

يحدد كتيب التشخيص الإحصائي الرابع (DSM4, 1994) معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري كما يلي:

1. وجود أي من الوساوس أو الأفعال القهرية التي سوف نوردها لاحقاً أثناء عرض معايير تشخيص كل من الوساوس والأفعال القهرية.
2. يدرك الفرد أثناء سير أو تطور الاضطراب أن الوساوس أو الأفعال القهرية تكون زائدة عن الحد أو غير منطقية مع ملاحظة أن ذلك لا ينطبق على الأطفال.
3. تسبب الوساوس والأفعال القهرية ضيقاً واضحاً، وتكون مضيعة للوقت (تأخذ أكثر من ساعة في اليوم)، أو تتعارض مع أنشطة الفرد اليومية وأدائه الوظيفي والمدرسي وعلاقاته الاجتماعية.
4. لا يرتبط اضطراب المحور الأول (Axis I) (في كل من الوساوس والأفعال القهرية) بأي اضطراب آخر قد يظهر (مثل الانشغال بالطعام في اضطراب الأكل أو شد الشعر في اضطراب هوس الولع بالشعر)، أو القلق على المظهر اضطراب عدم التناسق، أو الانشغال بالعقاقير في وجود اضطراب سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً، أو الانشغال بالمرض في اضطراب توهم المرض، أو الانشغال الجنسي أو التخيلات الجنسية في الشذوذات الجنسية، أو الشعور بالذنب في اضطراب الاكتئاب العظيم.
5. لا يرجع الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمادة المؤثرة نفسياً (مثل: سوء استخدام العقار، أو العلاج الطبي بالأدوية النفسية)، أو نتيجة حالة طبية عامة.

الوساوس Obsession: عبارة عن أفكار مضخمة وغير مرغوب فيها، وصور ذهنية ودفعات أو مزيج منها. وتتحدد الوساوس وفقاً للمحكات الأربعة الآتية:

1. أفكار أو دفعات أو صور ذهنية متخيلة، تتكرر وتعاود الفكر رغماً عنه وتستمر في ذلك، يخبرها الفرد ويمر بها في مرحلة معينة من مراحل اضطرابه على أنها (مقتحمة) لعقله بالرغم من أنها غير عقلانية، فضلاً عن أنه يتسبب عنها مزيج من القلق والضيق والكرب الذي يتبدى على ملامح الفرد.
2. لا تعد الأفكار أو الدفعات أو الصور الذهنية انزعاجاً زائداً من مشكلات الحياة اليومية (الجارية).
3. يحاول الفرد أن يتجاهل أو يتناسى مثل هذه الأفكار أو الدفعات أو الصور الذهنية إلا أنه يفشل، بالرغم من أنه يحاول أن يعادلها أو يقرنها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى حتى لا تكون في صورتها الواضحة إلا أنه يفشل أيضاً في ذلك.
4. يصل الفرد إلى يقين بأن الأفكار الوسواسية والدفعات والصور الذهنية المتخيلة نتاج لعقله الشخصي هو (وليست مفروضة عليه من قبل جهات أو مؤسسات موجودة في الخارج – وهذا يفرق بوضوح ما بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الهذاءات والضلالات في مرضى الفصام مثلاً).

الأفعال القهرية: وتتم الأفعال القهرية بالتكرار وتبدو في صورة سلوك غرضي وهي تمارس، أو تصاحب بإحساس ذاتي بالقهر، ويقاومها الشخص عموماً، وهي تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية، وعلى الرغم من مقاومتها فإن هذه الأشكال السلوكية تمارس بشكل نشط من جانب الشخص كما يعد السلوك الطقسي من الأفعال القهرية والشائعة، وهو يتضمن المراجعة والاغتسال والنظافة، وتتضمن أنماط السلوك القهري الأخرى القيام بأعمال متعددة بتتابع شديد التصلب. (ب. دي . سيلفا 2000، 60: 61).

أنماط اضطراب الوسواس القهري

1. الاغتسال والتنظيف Washing & cleaning.
2. المراجعة Cheching.
3. الترتيب Ordering.
4. التخزين Hoarding.
5. طقوس التفكير Thinking Rituals.
6. التكرار Repenting.

7. الوساوس البحتة Pure Obsession

أن لكل نمط من الأنماط السابقة مظاهره الخاصة به:

1. مظاهر الاغتسال والتنظيف:
- تجنب لمس أشياء معينة نتيجة لإمكانية تلوثها.
- صعوبة التقاط شيء سقط على الأرض.
- تنظيف المنزل بشكل زائد عن الحد.
- أخذ حمام مدة طويلة جداً.
- الانشغال الزائد بالجراثيم والمرض.

2. مظاهر المراجعة والتكرار (النمط رقم 2، 3).
- المراجعة بشكل متكرر للتأكد من أن الأشياء قد أنجزت بالصورة المثالية (أو كما أنزلت).
- صعوبة في إنجاز الأشياء بسبب التكرار والمعاودة.
- تكرار الأفعال حتى تمنع حدوث أمر سيء.
- الانشغال الشديد خوفاً من الوقوع في الخطأ (تقدير البلاء قبل وقوعه).
- أفكار تمر بالذهن إلا أنه يستطرق فيها.

3. مظاهر الترتيب:
- أن توضع الأشياء في ترتيب معين.
- قضاء وقت طويل للتأكد من أن الأشياء موضوعة في مكانها الصحيح.
- يكون الفرد في غاية الاضطراب (الهلع) إذا رتبت الأشياء بواسطة الآخرين، أو وجود خلل في الترتيب ليس كما رتبه هو.

4. مظاهر التخزين:
- صعوبة اتخاذ قرارات متصلة بالتخلص من بعض الأشياء.
- جلب أشياء يبدو أنها عديمة النفع إلى المنزل.
- يصبح لديه (مكتبة على سبيل المثال أقرب إلى المخزن حيث يحتفظ حتى بفاتورة شراء كتاب معين، وكذا كافة الفواتير.

- يكره أن يلمس الآخرون ممتلكاته.
- يجد نفسه في موقف لا يحسد عليه إذا طلب منه أن يتخلص من بعض الأشياء التي لا قيمة لها.

5. مظاهر طقوس التفكير:
- تكرار كلمات أو أعداد معينة في ذهن الشخص.
- قضاء وقت طويل في الأنشطة (الحمام - الوضوء - الصلاة - تسابيح ما بعد الصلاة...الخ).
- مراجعة كافة الأشياء بنفسه يتأكد من أن كل الأمور على ما يرام.
- تكوين قوائم عقلية لمنع عواقب غير سارة. (أحمد عبد الخالق: 2002، 91، 98).

أسباب الوسواس القهري

1. **الأسباب البيولوجية**

توجد ملاحظات بيولوجية تبرز دور العوامل البيولوجية في اضطراب الوسواس القهري وهي:

أ. وجود شذوذ في نمط رسم المخ الكهربائي خاصة في النصف الأيسر من المخ يساهم في حدوث الوسواس القهري.

ب. يسود هذا الاضطراب نتيجة نقص السيروتونين.

ج. شيوع هذا الاضطراب لدى التوائم المتماثلة أكثر منه لدى التوائم غير المتماثلة، ويعكس ذلك الدور الهام الذي تلعبه الوراثة في حدوث اضطراب الوسواس القهري. (حسين فايد: 2003، 81).

2. **الأسباب النفسية**

أ. نظرية التحليل النفسي: يرى فرويد أن الوسواسين قد حدث لهم (تثبيت Fixation على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي، نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام، ويحدث الصراع خلال التدريب على الحمام - بين رغبة الطفل في التخلص من فضلات جسمه تبعاً لإرادته، وطلب الوالدين منه أن ينظم هذه العملية المتصلة بالشرج ليوافق المستويات الحضارية في النظافة، وفي التحكم في الدفعات.

وعندما يصدر عن الوالدين ضد الطفل عقاب شديد على ذلك وعندما يكون هذا التدريب مبكراً جداً أو عندما يدرك الطفل خبرة هذا التدريب على أنه محبط جداً فإن ذلك يؤدي إلى الوسواس القهري. (أحمد عبد الخالق: 2002، 273: 278).

ب. النظرية السلوكية: يرى أنصار المدرسة السلوكية إلى أن هذا الاضطراب يمكن أن يكون تدعيماً سلبياً لخفض القلق، وحينما يكتشف الأفراد القلقون أن سلوكاً ما مثل غسيل الأيدي يؤدي إلى تخفيض القلق، فإن هذه الاستجابة تقوى، وتكون الراحة بطبيعة الحال مؤقتة فقط، ولذلك فلابد من تكرار السلوك بصفة دائمة.

.(Mc Guigan, 1999, Wonmon et al, 1992)

وينظر أصحاب المدرسة السلوكية لاضطراب الوسواس القهري على أنه سلوك متعلم تم دعمه عن طريق المخرجات أو النتائج التي تؤدي إليها إحدى هذه النتائج وهو خفض القلق، والخوف ومن ثم فإن اكتشاف ذلك بالنسبة للفرد يؤدي به إلى تكرار نفس السلوك. (وائل أبو هندي: 2003، 144).

ج. النظرية المعرفية: إن مرضى الوسواس القهري حيث يوجد المرضى مواقف يحتمل أن تنجم عنها عواقب غير مرغوبة أو مؤذية فإنهم يزيدون من تقرير احتمال حدوث العواقب المضرة، وإن هذه التوقعات المرتفعة جداً لدى الوسواسين القهريين بحدوث العواقب غير السارة يجعلهم يزيدون من احتمال (توقعاتهم) لحدوث نتائج سلبية لمختلف الأفعال. (أحمد عبد الخالق: 2002، 290: 295).

علاج عصاب الوسواس القهري

1. **العلاج النفسي**

أ. نظرية التحليل النفسي: تكشف عن الأسباب وإزالتها وتفسير طبيعة الأعراض ومعناها والمرونة واللاشعور وعلاج السمع والتغيير وتنمية البصيرة بالنسبة للعوامل والديناميات والمخاوف وما يصاحبها من حيل ووسائل دفاع لا شعورية وعلاج المعونة والمساندة والتشجيع والتطمين والتقليل من المخاوف وتجنب مثيرات الوسواس ومواقفها وخبرتها وإعادة الثقة بالنفس، والعلاج بالإزاحة أي إزاحة الأفكار الوسواسية والسلوك القهري بأفكار بناءة وسلوك مفيد.

ب. العلاج السلوكي: أما العلاج السلوكي لإزاحة الأعراض وبصفة خاصة للتخلص من المخاوف وخاصة باستخدام أسلوب الكف المتبادل والخبرة المنظرة، والعلاج بالعمل والعلاج باللعب في حالة الأطفال.

2. العلاج بالأدوية

أما العلاج بالأدوية فتعطى الأدوية لتقليل حدة الاضطراب والتوتر المصاحب للوساوس والقهر مثل Librum، ويوحي بعض المعالجين باستخدام علاج النوم المستمر في بعض الحالات.

وقد أثبتت العديد من الدراسات أن عقار (الكلومبيرامين) له تأثير جيد وإيجابي على مرضى الوسواس القهري وغيره من العقاقير.

3. العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي: مثل تغيير المسكن والعمل.

(صالح الدهري:2005، 356).

الاضطرابات المزاجية Mood Disorders

تعريف الاضطرابات المزاجية

على الرغم من أن هناك زيادة هائلة في حالات الاكتئاب كما تدل على ذلك الإحصائيات التي وردت مؤخراً في مراجع الطب والنفسي، وفي تقارير منظمة الصحة العالمية، ورغم أن هذه الأرقام تؤكد زيادة انتشار حالات الاكتئاب إلا أن الغالبية العظمى من مرضى الاكتئاب لا يعرف أحد عنهم شيئاً لأنهم لا يذهبون للأطباء ولا تبدو عليهم مظاهر الاكتئاب النفسي بصورة واضحة.

ورغم أن الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSMIV يشتمل على محكات تشخيصية للاضطرابات المزاجية محددة لكل المجموعات العمرية إلا أن التعبير عن المزاج المضطرب يتنوع لدى الأطفال طبقاً لأعمارهم – فالأطفال الصغار المكتئبون يظهرون بشكل عام أعراضاً يبدو أنها تقل كلما تقدموا في العمر، وهي تشتمل على الملاوس المطابقة للحالة المزاجية، والشكاوى الجسدية، والانسحاب، والمظهر الحزين، والتقدير الضعيف للذات، والأعراض تكون شائعة بين المكتئبين أكثر في المراهقة المتأخرة بخلاف الأطفال الصغار هي: التأخر الحركي النفسي الشديد، والأوهام delusion، والإحساس بفقدان الأمل والأعراض التي تظهر بنفس التكرار بغض النظر عن العمر والحالة النمائية تشتمل: التخيل الانتحاري Suicidal idealtion والمزاج المكتئب أو المتهيج والأرق insomnia وتناقص القدرة على التركيز. (حسن مصطفى: 2003، 526).

نسبة انتشار الاضطرابات المزاجية

تشير معظم الدراسات المسحية في مجال الاكتئاب إلى أن حوالي (12٪) من المجتمع الأمريكي يعانون من الاكتئاب لمدة تزيد عن ستة، كما توصلت تلك الدراسات إلى وجود مخاطرة لتطور الاكتئاب بنسبة تتراوح ما بين(8-12٪) ، وما بين (20- 26٪) بالنسبة للنساء. (Montgomery: 1991:1).

يعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً حيث تقدر إحصائيات منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الاكتئاب في العالم بما يزيد على 500 مليون إنسان، وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى 7٪ من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزيد النسبة إلى 10٪ في خلال أعوام قليلة، وتشير منظمة الصحة العالمية إلى إحصائية أجريت في عام 1994 إلى أن نسبة حالات الاكتئاب تصل إلى 18٪ من العينة التي شملتها الدراسة، وهذا الرقم يعني أن هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بالاكتئاب في مرحلة ما من مراحل حياتهم، ثم تضيف 4.6٪ منهم كحالات الاكتئاب الشديد، 7.7٪ كحالات الاكتئاب المتوسط، 5.7٪ كحالات اكتئاب بسيطة.(لطفي الشربيني: 2001، 32).

ووفقاً لتقرير رابطة علم النفس الأمريكية، فإن 7 ملايين امرأة، 3.5 مليون رجل على الأقل يمكن أن يشخصوا باعتبارهم يعانون من اكتئاب جسيم Major depression ويمكن أن تشخص أعداد مماثلة بالديستيميا Dysthymia وأن الاكتئاب الجسيم والديستيميا منتشران لدى طلاب الجامعة بنسبة تصل إلى ضعف الأعداد السابقة. (Claye,et al.1993:91) .

وقد انتشر هذا الاضطراب في كثير من دول العالم بغض النظر عن محك التقدم من عدمه فقد وجد (أحمد عكاشة)أن نسبة الاضطرابات الوجدانية بين المرضى النفسيين في مصر تصل إلى 24.5٪ موزعة على 9.7٪ اكتئاب تفاعلية على عسر المزاج. 8.6٪ ذهاب المرح الاكتئابي (اضطراب وجداني ثنائي القطب). 5.2٪ اكتئاب سن اليأس (نوبة اكتئابية متأخرة) (أحمد عكاشة: 1998، 362)

وعلى سبيل المثال تقدر منظمة الصحة العالمية في دراستها المسحية للاكتئاب في العالم أن هناك ما لا يقل عن (100) مائة مليون شخص يعانون من الاكتئاب وفي مناطق متعددة من العالم وأن هذا العدد من المصابين بالاكتئاب يؤثر فيما لا يقل عن ثلاثة أضعاف هذا العدد في الآخرين الذين يتعاملون أو يتواجدون معهم. (Sartorius , 1993, PP: 47- 155) .

الاضطرابات المزاجية عند الأطفال

في مرحلة ما قبل المدرسة تكون الاضطرابات المزاجية لدى الأطفال نادرة جداً، وتزداد هذه الاضطرابات في مرحلة الدراسة الابتدائية (2٪) ولدى المراهقين تنتشر الاضطرابات المزاجية بنسبة (5٪) تقريباً، وتتعدد أشكال اضطرابات المزاج عند الأطفال، مثل نوبات كيدي من الاكتئاب والاضطرابات الثنائي اكتئاب – هوس أو عسر المزاج.

ويظهر الاكتئاب على الطفل في صورة كسل وفتور الهمة، والشعور بالفشل وانحراف المزاج وزيادة الحساسية وسهولة جرح المشاعر، والانسحاب الاجتماعي، والهروب، أو انعلاقات السطحية المؤقتة مع فقدان الأمل والانغمار في التشاؤم من المستقبل وربما فقدان الشهية والشكوى من آلام جسمية وتوهم المرض، وصعوبة التركيز، ويتذبذب الطفل بين نقده القاسي نفسه، وبين تأنيب غيره على ما ارتكبه نحوه من أخطاء، وأحياناً عدم الرغبة في الحياة، وقد تؤدي حالة الطفل هذه إلى سرعة التأخر والبكاء وإهماله لمظهره. (زكريا الشربيني: 2001، 44).

إن اكتئاب الأطفال يختلف عن اكتئاب الكبار نظراً لاعتمادية الأطفال وعدم قدرتهم على التعبير لفظياً عما يعانونه من أعراض حيث يشعر الأطفال بالعجز إزاء ما يحدث لهم من أحداث (وفاة أحد الوالدين – طلاق – عقاب شديد) ويبدأون في تكون صيغة معرفية تتضمن التضخيم من شأن قدرتهم على مواجهتها، كما قد يلومون ذواتهم عن أحداث ليست من مسئولياتهم (طلاق الوالدين مثلاً) وهم غالباً ما يحرفون ما يمرون به من أحداث في اتجاه توقع الفشل (في الدراسة – في العمل – العلاقات) وبالتالي ينخفض لديهم تقدير الذات ويتزايد الشعور بالرغبة في عقاب الذات، وهذا الأسلوب المعرفي في النظر للذات والأحداث والآخرين والمستقبل قد يجعلهم يشعرون بتوقع دائم للفشل ومع تكرار الفشل يكون العجز ثم الشعور باليأس حيث لا جدوى من المحاولة أو بذل الجهد.

(Harrington, 1993: 125 – 131)

أسباب الاضطرابات المزاجية

إن أسباب الاضطرابات الوجدانية ترجع إلى عدة أسباب من حيث عوامل نشأتها وتفسيرها – وفيما يلي سوف نعرض وجهات النظر المتنوعة التي اهتمت بتفسير الاضطرابات الوجدانية.

أولاً: العوامل البيولوجية

حيث يوضح كثير من علماء البيولوجيا أن الاضطرابات الوجدانية تحدث بسبب العوامل الوراثية أو العوامل الفسيولوجية.

1. العوامل الوراثية

- بالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي والاضطرابات الوجدانية، إلا أن البحث في مجال الاضطراب ثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحاً بسبب وضوح المعايير التشخيصية وتشير دراسات التوائم إلى أن التركيب الوراثي يبدو أنه يلعب دوراً في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية. (Marsella, 1996: 243).
- احتمال ظهور اضطراب وجداني في طفل يصل إلى 25٪ إذا كان أحد والديه مصاباً باضطراب ازدواج القطبية من النوع الأول، وتزداد التوقعات بإصابة الطفل إلى نسبة 75٪ إذا كان الوالدان مصابين بالمرض.
- إذا كان أحد الوالدين مصاباً بالاكتئاب فإن احتمالات إصابة الطفل باضطراب الوجدان تتراوح ما بين 10- 13٪ وهكذا.
- لم يتم التأكد حتى الآن من وجود عوامل وراثية محددة حيث إن الدراسات الحديثة قد وجدت علاقة ما بين الوراثة (الخاصة بالكروموسومات 5، 11 والكروموسوم الخاص بالجنس X) وبين الإصابة بأي مرض من أمراض اضطرابات الوجدان. (محمد حسن غانم، 2006: 122).

2. عوامل فسيولوجية

- انخفاض تركيز الأمينات الحيوية في المخ (مثل: السيروتونين، ونورادرينالين، الدوبامين) وخاصة في حالات الاكتئاب.
- تغيير نسب مشتقات تمثيل الأمينات الحيوية مثل حامض هيدروكس إندول استيك (وهو مشتق من السيروتونين) وحامض (هو موفانيليك المشتق من الدوبامين).
- اختلال ضبط منظومة الأدرينالين والاستايل كولين مع سيطرة المسارات الكولينية. (Kaplan, H.& Sadock.B.1996)

ثانياً: الأسباب النفسية – الاجتماعية

أ. التحليل النفسي: إن الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد نتيجة فقد أحد الوالدين أو التعرض لحادث أو أزمة فلابد أن هذه الخبرات تتفاعل في داخل النفس البشرية ثم

تحدث أثرها عن طريق تحريك عوامل كامنة، وانفعالات مكبوتة، والنتيجة في النهاية هي ظهور المرض. (لطفي الشربيني، 2001، 45: 46).

إن الطفل قد يخبر إما فقداً حقيقياً (موت الأم) أو مدركاً لشخص محبوب، وهذا الفقد قد يكون مصحوباً بغضب صبياني ولكنه شديد للغاية بسبب الرفض، وإذا لم يستطيع الطفل أن يحل أو يستبدل هذا الفقد فإنه ينغمس في النهاية في عملية الإدماج، ربما كطريقة لإلغاء الفقد حيث يسمح الدمج للطفل أن يتوحد مع الفرد المفقود. ومن ثم يقوم بتحويل الغضب من الخارج إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب لأنه يعتقد أنه الذي تسبب في هذا الفقد.

وهكذا فبدلاً من الحزن العادي والحل النهائي الذي يلي الفقد، فإن الصبي الذي يحول الغضب إلى الداخل ينشط مرة أخرى، ويخضع الشخص إلى اضطراب اكتئابي يتسم بالحزن المكثف، ولوم الذات، والشعور بالذنب (Ingram, 1994:120).

ب. النظرية المعرفية Cognitive Theory: يؤكد بيك Beck على أن أحداث الطفولة المؤلمة والضاغطة كخبرات(الفقد والرفض والإهمال) تجعل الفرد يكون صيغة سلبية تجاه ذاته وينخفض تقديره للذات. (Beck, 1976: 102).

تمتد هذه النظرية السلبية للذات لتشمل نظرة سلبية للعالم والمستقبل أيضاً ليكون الثالوث المعرفي، وبشكل أكثر تفصيلاً فالمكتئب شخص يتسم نمط تفكيره بالتحريف والتشويه فهو يحرف الواقع بما يتفق مع اعتقاداته السلبية عن ذاته، مما يجعله ينظر إلى ذاته على أنها تتسم بعدم القيمة والفشل وعدم الكفاية ويسيطر عليه الشعور بالنقص وتمتد هذه النظرة لتشمل الحياة فهي عديمة المعنى، والعالم هو ظالم، مظلم، محزن. (Greenberg, Beck,1989: 9-13)

ج. نظريات التعلم Learning theories: وسوف نقتصر حديثنا في هذا المقام على نظرية العجز المتعلم Learned Helplessness لسليجمان، والذي أكد على أن الاكتئاب – كمثال – استجابة متعلمة تعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها.

وقد توصل سيلجمان ومعاونوه إلى هذا القانون من خلال التجارب التي أجريت على الحيوانات، وكانت نظريات التعلم متكئاً لها ولم يكتف سيلجمان بذلك بالوقوف عند مستوى الظروف والأحداث التي تقود إلى الاكتئاب بل وصف العوامل التي تقود إلى

العلاج وبث الأمل وتقديم الدعم للمريض... وهي المنطلقات الأساسية التي انطلقت منها باقي نظريات التعلم. (عبد الستار إبراهيم: 1998، 137- 144).

د. النظرية المعرفية الاجتماعية Social – Cognitive Theory: تفسر هذه النظرية الاكتئاب من خلال مزج وخلط مفاهيم النماذج العقلية والأهداف الشخصية، والأدوار الاجتماعية وترى أن الاكتئاب يمكن أن يفسر باعتباره فقداناً لهدف قيم أو دور اجتماعي لدى الفرد الذي لديه مصادر أخرى قليلة لقيمة الذات. وتوضح هذه النظرية أن الفرد المستهدف للاكتئاب يحتمل أن يكون لديه مدى ضيق من أهداف وأدوار ذات قيمة مع مصادر أخرى قليلة لقيمة الذات، والتهديد بالفقد أو الفقد الفعلي لهدف ذي قيمة كبيرة يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب بسبب عدم وجود مصادر أخرى لها قيمة ذاتية للفرد. (حسين فايد: 2003، 122).

ويبدو مما سبق أن العلاقة بين الاكتئاب واضطراب السلوك الاجتماعي علاقة جدلية (حلقة مفرغة)، أي من غير المعروف أيهما السبب وأيهما النتيجة ففي حالة الاكتئاب يجد الشخص نفسه عزوفاً عن الاحتكاك والتفاعل الاجتماعي الإيجابي، ويؤدي فشله في ذلك إلى تدعيم اكتئابه كما أن العكس صحيح، فوجود رصيد ضعيف من المهارات الاجتماعية، والفشل المتكرر في العلاقات الاجتماعية يؤدي إلى الإحباط ومشاعر الفشل والتعاسة. (عبد الستار إبراهيم: 1998، 154).

علاج الاضطرابات المزاجية

نود أن نشير قبل عرض طرق علاج الاضطرابات الوجدانية، إلى أنه إذا لم يكن المريض خطراً على نفسه وعلى الآخرين فيمكن علاجه كمريض خارجي يتردد على العيادات الخارجية، أما إذا كانت حالته تستدعي دخول المستشفى فيجب إدخاله المستشفى للعلاج.

وتتمثل الأسباب التي تستدعي علاج المريض داخل المستشفى في الآتي:

1. حالات الهوس الحاد وأحياناً تحت الحاد حيث لا يوجد استبصار للمريض باضطرابه.
2. حالات الذهول والثبات والغيبوبة الاكتئابية.
3. رفض الشراب والطعام مما يشكل خطورة على حياة المريض.
4. كثرة الحركة أو هبوطها لدرجة أن أقرباء المريض لا يستطيعون العناية به.

5. محاولات الانتحار المتكررة أو تاريخ محاولة انتحار جدية سابقة (أحمد عكاشة، 1998).

ويتقسم العلاج إلى:

1. العلاج بالعقاقير: ويستخدم عقار السيروتونين Serotonin كخط أول للتدخل بالعقاقير لاضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين وهو عقار فعال في علاج الاكتئاب. وأوردت الدراسات استجابات بمقدار 70- 90٪ مع عقار الفلوكزيتين (البروزاك) Fluoxetine (Prozac) وهناك عقار بالليثيوم (اسكليث) Lithium Eskalith .
2. العلاج بالصدمات الكهربائية: ويستخدم هذا العلاج في كثير من الأمراض النفسية لدى الراشدين وخاصة الاكتئاب الشديد واضطراب الهوس المزاجي وهو نادراً ما يستخدم مع المراهقين رغم وجود بعض الحالات التي تؤكد كفاءة هذا العلاج مع المراهقين في حالات الاكتئاب والهوس.
3. العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior therapy: لقد أوضحت الدراسات أن 70٪ ممن تعرضوا للعلاج المعرفي السلوكي قد أظهروا تحسنا مع الفنيات المستخدمة من قبل العلاج المعرفي السلوكي مثل الاسترخاء، توكيد الذات والأنشطة الاجتماعية المختلفة، والتدريب على أسلوب المواجهة الفعالة في مواجهة ضغوط الحياة بدلاً من التعامل مع الضغوط بالتجنب أو الانفعال، كما يجب التدريب على مهارة حل المشكلة.

   حيث يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على محاولة تغيير المعارف السلبية لدى المريض وجعله يفكر بشكل أكثر منطقية وعقلانية وهذا بدوره يؤدي إلى تغيير وجدان وسلوك المريض.
4. العلاج الدينامي: ويفيد في معرفة الصراعات والمشكلات التي يعاني منها الطفل ويمكن استخدام اللعب، والرسوم والمقابلة الشخصية، واختبار تفهم الموضوع.
5. المساندة الاجتماعية Social Support: تعتبر المساندة الاجتماعية عاملاً مخففاً من آثار الفقد، فشعور الفرد بأن الآخرين يحبونه ويتقبلونه ويتعاطفون معه يجعله يتجاوز صدمة الفقد، بل ويتجاوز الآثار السلبية لتعرضه لأي ظروف أو أحداث ضاغطة. (عماد محمد هبة علي: 2006، 117، 118).
6. العلاج الأسري Family Therapy: حيث يتم توجيه العلاج إلى أفراد الأسرة وقد يحدث ذلك بصورة جماعية حيث يشترك عدد من أفراد الأسرة في مجموعة علاجية، وقد

يتم العلاج عن طريق اشتراك مؤسسات وهيئات اجتماعية تعمل على حل المشكلات للمريض وإعادة تأهيله للعودة للحياة.

7. العلاج الزواجي Marital Therapy : الذي يتم بمشاركة الزوجين معاً حيث يتم حل الصراعات الأسرية والعاطفية والجنسية والاقتصادية داخل نطاق الزواج التي قد تكون من العوامل المسببة للاكتئاب، وتستلهم هذه الوسائل في تحقيق نتائج جيدة في كثير من الحالات كما تؤدي إلى التعامل مع الظروف الخارجية للمريض التي قد تكون سبباً في الاكتئاب فيؤدي ذلك إلى تحقيق التوازن في البيئة المحيطة للمريض مما ينعكس إيجابياً على حالته. (لطفي الشربيني: 2001، 267).

اشكال الاضطرابات الوجدانية

1. الاكتئاب:Depression.
2. عسر المزاج: Dysthymic Disorder.
3. الهوس: Mania.
4. اضطرابات ازدواج القطبية: Bipolar Disorder.

اولا :الاكتئاب Depression

مفهوم الاكتئاب وتعريفه

تشير معطيات الدراسات الإكلينكية كتابات المتحدثين عن الاكتئاب إلى أنه مرض طبي نفسي قديم، يصاب به عدد غير قليل من الناس قد تصل نسبتهم إلى حوالي 5٪ من عموم أفراد المجتمع، وهذا المرض له علاقة قوية (بالانتحار) ، ويأتي مصطلح الاكتئاب من كلمة (كئب)، أي بمعنى تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن.

واتسع مصطلح الاكتئاب ليكون أكبر من ذلك فهو حالة اضطرابية لها عواقبها الوخيمة ولابد من معالجتها عند الفرد المصاب، وهذه الحالة بمثابة استجابة لفقدان إنسان عزيز أو شيء مهم.

أن الزملة الاكتئابية Depressive Syndrome هي مجمعاً من الأعراض، وتتضمن بصفة عامة اكتئاب المزاج أو المزاج الاكتئابي، وفقدان الاهتمام، والقلق، واضطرابات النوم، وفقدان الشهية ونقص الطاقة والأفكار الانتحارية، وبكاء، وبطئاً في الحديث والانفعال

والهلاوس كسماع أصوات تسخر منه، وهذاءات تتهمه بأنه مسؤول عن مآس رهيبة كجلب العار له ولأسرته. (أديب الخالدي: 2006، 378).

ويعرف (انجرم، 1994) الاكتئاب : بأنه اضطراب مزاجي أو وجداني، ويتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى. (Ingram, 1994: 113)

ويعرفه أحمد عكاشة بأنه: مرض يتضمن الأفكار السوداوية، والتردد الشديد، وفقدان الشهية للطعام، والشعور بالألم، والتقليل من قيمة الذات، وعدم القدرة على اتخاذ القرار، والمبالغة في الأمور التافهة، والأرق الشديد، والشعور بأوهام مرضية والمعاناة من بعض الأفكار الانتحارية.

ويرى روكلين: أن الاكتئاب هو حالة مزاجية تتسم بإحساس بعدم القيمة، والشعور بالكآبة والحزن، والتشاؤم، ونقص النشاط وتتضمن الاضطرابات طيفاً من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والمدة والشدة.(Roeckelein, 1998:137) .

يعرف الاكتئاب: بأنه حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة، ووخز الضمير، وتبكيه القاسي على شرور لم ترتكبها الشخصية في الغالب بل تكون متوهمة إلى حد بعيد...... وكثيراً ما تصاحب حالات الاكتئاب هذاءات وهلاوس تسندها وتدعمها وحالات الاكتئاب لا تصيب الوظائف الذهنية باضطراب خطير، ولا يتخلف عنها تدهور عقلي، كما أن نسبة الشفاء منها أعلى من غيرها من الأمراض النفسية الأخرى. (فرج طه وآخرون: 1993، 11).

يعتبر الاكتئاب من أكثر الظواهر النفسية انتشاراً، وإن أي واحد منا قد يتملكه في وقت من الأوقات شعور بالحزن أو الضيق، أو إننا نشعر باضطراب يمنعنا من ممارسة أنشطة الحياة المعتادة، وكل هذه العلاقات هي دلالة على الاكتئاب النفسي. (لطفي الشربيني: 2001، 17: 18).

أعراض الاكتئاب Symptoms of Depression

من أجل المساعدة في توضيح مفهوم الاكتئاب وافق الباحثون بصفة عامة على مجموعة من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب، فالاكتئاب يعبر عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء الزملة الاكتئابية Depressive Syndrome وتتمثل أعراض الاكتئاب في أربع فئات أساسية هي:

1. الأعراض المزاجية Mood Symptoms: وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية، مثل حدوث مزاج حزين معظم اليوم، تقريباً كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل.
2. الأعراض الدافعية Motivational Symptoms: وتتمثل الأشكال السلوكية التي تشير إلى التوجه نحو الهدف فالناس المكتئبون غالباً ما يعانون قصوراً في هذا المجال، وقد يخبر البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل.
3. الأعراض البدنية Somatic Symptoms: وتشير إلى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب، وتشمل تغيرات في أنماط النوم والشهية، والاهتمام الجنسي.
4. الأعراض المعرفية Cognitive Symptoms: وتشير إلى قدرة الأفراد على التركيز دائماً، واتخاذ القرار، وكيفية تقويمهم لأنفسهم . (Ingram, 1994: 114).

وأوضح سترونجمان Strongman خمس سمات للشخصية الاكتئابية:

1. مزاج حزين وفتور الشعور.
2. مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات ولومها.
3. رغبة في تجنب الأشخاص الآخرين.
4. فقدان الشهية العصبي والرغبة الجنسية.
5. تغيير في مستوى النشاط عادة تجاه الكسل، وأحياناً في شكل استثارة. (Strongman, 1994: 173)

أعراض الاكتئاب وفقاً للتشخيص الإحصائي الرابع DSM-IV:

1. وجدان مكتئب طوال معظم ساعات اليوم.
2. انخفاض ملحوظ في الاهتمامات والشعور باللذة في كافة الأنشطة أو معظمها في أغلب الأيام.
3. انخفاض في الوزن بصورة كبيرة رغم اتباعه نظام ريجيم خاص، أو حدوث ازدياد في الوزن على أن يتجاوز الزيادة بنسبة 5٪ من وزن الجسم في الشهر الواحد.
4. الأرق أو فرط النوم.
5. البطء الحركي أو الإفراط الحركي يومياً وعلى وجه التقريب.
6. سرعة الشعور بالإجهاد، وضعف النشاط اليومي.

7. الشعور بالدونية، أو فرط الشعور بالذنب دون مبرر كاف. ضعف القدرة على التركيز والتفكير، ووجود صعوبات في اتخاذ قرارات يومية.
8. كثرة الأفكار المرتبطة بالموت وما بعده، ووجود أفكار انتحارية متكررة، دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار، أو التخطيط للانتحار.

ملاحظة

أ. لكي تشخص نوبة الاكتئاب لابد من توفر خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض السابقة.
ب. أن يعاني الشخص من هذه الأعراض لمدة أسبوعين متصلين.
ج. أن تلاحظ وجود تغيرات في قدرة المريض.
د. يشترط أن تؤدي الأعراض إلى معاناة ظاهرة، أو تعطل في الوظائف الاجتماعية أو المرضية أو غيرها من الحالات المهمة الأخرى.
هـ. يشترط أن لا تكون الأعراض نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو دواء نتيجة مرض جسمي عام.
و. ألا تنطبق على الأعراض معايير الفجيعة bereavement أي الحزن الناتج عن وفاة شخص محبب وقريب من نفس الشخص. (APA, 2000)

تصنيف الاكتئاب

1. الاكتئاب المصحوب بسمات سوداوية: Melancholic ويشخص وفقاً للتشخيص الرابع DSM-IV

- شعور شديد بالذنب ليس له مبرر كاف.
- فقدان الشهية ونقصان الوزن الشديد.
- بطء حركي أو فرط حركي.
- الاستيقاظ في ساعات مبكرة من الصباح.
- يزداد الاكتئاب سوءاً في الصباح وبصورة منتظمة.
- وجود علامة أو أكثر من العلامة التي تميز الوجدان المكتئب.

2. الاكتئاب المزمن Chronic Depression
- تستمر لمدة تزيد عن السنتين على الأقل.
- أكثر حدوثاً لدى الذكور من المسنين.
- تصيب أكثر الأشخاص الذين يسيئون استخدام المخدرات أو الكحوليات.
- تكون الاستجابة للعلاج ضعيفة.
- تبلغ نسبته من 10٪ إلى 15٪.
3. الاكتئاب الموسمي Seasonal Depression
- يصيب الأشخاص مع قصر ضوء النهار في فصلي الشتاء والخريف.
- يختفي هذا النوع من الاكتئاب في فصلي: الربيع والصيف.
- يتصف المصاب به بفرط النوم، والإفراط في التهام الطعام، والبطء النفسي.
4. اكتئاب النفاس
- يصيب النساء اللاتي سبقت إصابتهن باضطراب وجداني أو اضطراب نفسي آخر في معظم الأحيان.
- تظهر نوبات الاكتئاب شديدة أثناء الأسبوع الرابع من الولادة.
تشتمل أعراض هذا النوع من الاكتئاب بالعلامات الآتية: الأرق، عدم الثبات الانفعالي، شعوره بالإنهاك لأقل مجهود، التفكير في الانتحار.
- قد تنتاب الأم معتقدات ضلالية تدور حول مقتل وليدها.
- قد تظهر خلال حالات النفاس: نوبات من الهوس، ونوبات مختلطة، واضطراب ذهاني مختصر.
5. الاكتئاب اللانمطي السمات تصف بالآتي:
- زيادة الوزن - كثرة النوم.
- يصيب النساء أكثر من الرجال.
6. اكتئاب الطفولة ويتصف بالآتي:
- تنطبق عليه نفس علامات وأعراض اكتئاب الراشدين.
- قد يظهر بصورة مقنعة، ومن خلال قيام الطفل بالسلوكيات الآتية:

أ. هروب الطفل من المنزل.

ب. عدم الانتظام في الدراسة.

ج. معاناته من مخاوف(رهاب) مرضي من المدرسة.

د. سوء استخدام المواد المخدرة.

7. الاكتئاب المزدوج

- تبلغ نسبة المصابين بهذا المرض ما بين 10 إلى 15٪.
- يطلق على مرض اضطراب عسر المزاج الذين يصابون بالاكتئاب.

8. الخرف الكاذب

- هذا المرض يصيب المسنين في العادة.
- يحدث بصورة أكثر ما بين المرضى الذين سبقت لهم الإصابة باضطراب وجداني.
- يطلق على حالات الاكتئاب التي تتبدى من خلال أعراض تشبه الخرف.
- تسبق ظهور هذا المرض معاناة الشخص من قصور معرفي.
- يستجيب الخرف الكاذب للعلاج من خلال محورين:

أ. الصدمات الكهربائية.

ب. مضادات الاكتئاب.

9. فئة اكتئاب لم يسبق تخصيصه

- يطلق على السمات الاكتئابية التي لا تنطبق عليها معايير اضطراب وجداني محدد مثل:

أ. اضطراب الاكتئاب الخفيف.

ب. اضطراب الاكتئاب المختصر والمتكرر.

ج. اضطراب سوء المزاج السابق على حدوث الدورة الشهرية. (محمد حسن غانم: 2006، 110: 114).

تصنيف بيك Beck لمظاهر الاكتئاب

1. المظاهر الانفعالية: وتتضمن فقدان القدرة على الاستمتاع بمرح الحياة، وضعف الثقة بالنفس.

2. المظاهر المعرفية: وتتضمن سلبية مفهوم المريض لذاته، وتوجيه اللوم لنفسه، وتضخيم المشكلات، وانعدام القدرة على اتخاذ القرار والحسم، وضعف الإحساس بالقيمة الذاتية.
3. المظاهر الواقعية: وتتضمن ضعف القدرة على الإنجاز، وانعدام الميل نحو المثابرة والطموح لتحقيق أهداف الحياة ومتطلباتها، والفشل في الإدارة، والرغبة في الهروب من الواقع، وتحبيذ فكرة الموت، وتزايد الميول الاتكالية.
4. المظاهر الجسمية: وتتضمن الشعور السريع بالتعب والإرهاق، وفقدان الطاقة الجنسية، وكثرة نوبات العرق. (أديب الخالدي، 2006، 382).

إن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب الذات، ويجيء عند البعض الآخر مختلطاً مع شكاوى جسمانية، وأعراض بدنية بصورة قد لا تعرف الحدود بينها، ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر اليأس، والتشاؤم، والملل السريع من الحياة والناس.. وربما تجتمع كل هذه الأعراض معاً في شخص واحد، وقد تتنوع هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أعراض نفسية وجسمانية أخرى. (عبد الستار إبراهيم: 1998، 16) وإذا تناولنا سمات الشخصية الاكتئابية، نجد أن هناك اتفاقاً بين علماء النظريات والإكلينيكين – على مدار 75 عاماً – بأن الشخصية الاكتئابية تتسم بالتشاؤم Pessimism، وإنكار الذات self- denial والكآبة Gloom، والخضوع Submission، ولوم الذات self-Blam وتوحي الأدلة العلمية بأن مستوى تقدير الذات Self Estem والاستقلالية Autonomy غالباً ما يلعبان أدواراً مرضية في الاكتئاب.

الفرق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني

إن الفرق بين الاكتئاب العصابي Neurotic Depression والاكتئاب الذهاني Psychotic Depression هو أن الأول أقل حدة من الثاني، وأسبابه لا تدخل في ماضي المريض وطفولته كما هو الحال في النوع الثاني، وأن المريض بالاكتئاب العصابي يستطيع أن يواصل حياته المهنية والاجتماعية، في حين لا يستطيع ذلك المريض بالاكتئاب الذهاني، والمريض بالاكتئاب العصابي لا يغالي في الحط من قدر نفسه، أو في تكسير شخصيته، والإقلال من قدراته، أو الانتقاص من ذكائه كالمريض في الاكتئاب الذهاني، فضلاً عن أن المريض بالاكتئاب العصابي يشكو من استغلال الآخرين له، أو استخفافهم به، بينما المريض

بالاكتئاب الذهاني يشعر حقيقة أنه شخص تافه، ذو سلوك قذر، ويرى أن كل ما حدث ويحدث له بسببه وليس بسبب الآخرين. (أديب الخالدي: 2006، 383).

إضافة إلى ذلك نجد أن التفرقة بين الاكتئاب الذهاني والاكتئاب العصابي تؤدي إلى حيرة، تتمثل في أن هاتين الفئتين من الاكتئاب يتمايزان عبر عدد من الاختلافات الأخرى، فيرى الاكتئاب الذهاني أحياناً أنه شديد مثل الاكتئاب داخلي المنشأ، بينما يرى الاكتئاب العصابي كأي شيء يتمادى من اكتئاب تفاعلي إلى اكتئاب مزمن ثم اكتئاب ثانوي وينتهي باضطرابات شخصية. (Ingram, 1994: 117).

وتجدر الإشارة إلى أن الفرق بين الاكتئاب الذهاني والاكتئاب العصابي، هو فرق في الدرجة وليس النوع، فالاكتئاب الذهاني يكون أكثر تطرفاً في جميع النواحي عن الاكتئاب العصابي.

إن المريض بالاكتئاب العصابي يبدو عليه التعب، وقد يجافيه النوم، حيث يعاني من الأرق في بداية نومه دائماً، مع قلق، وتململ حركي وأنه يعزف عن الطعام فيصيبه الهزال والضعف، ولكنه لا يعجز عن الحركة، ولا يتبلد ذهنياً، أو يتبادله هوس، وأن البيئة لو تغيرت فسيكون ذلك لصالح المريض، بينما المريض بالاكتئاب الذهاني يشعر باكتئاب حاد وشديد، ومتموج خلال النهار، وأنه يعاني من أرق الاستيقاظ المبكر، مع إعاقة حركية، وتظهر عليه توهمات وهلاوس وهواجس، وأعراض اكتئابية بدنية، وأن أعراض هذا الاكتئاب لدى المريض لا تتأثر بتغيير البيئة.

الاكتئاب خارجي المنشأ والاكتئاب داخلي المنشأ

The Endogenous – Prevalence Depression

1. **الاكتئاب خارجي المنشأ The Endogenous Depression** هذا النوع يصيب الفرد كرد فعل لظروف خارجية مثل: فقدان شخص عزيز، أو حدوث كارثة مالية وغيرها، ولذلك يطلق عليه بالاكتئاب التفاعلي، أي أنه بمثابة رد الفعل الطبيعي والنتيجة السيكولوجية المتوقعة للظروف الخارجية المسببة له، فهو إذن وفق هذا المنظور (اكتئاب نفسي خارجي المنشأ).

2. **الاكتئاب داخلي المنشأ The Prevalence Depression** هذا النوع عكس الاكتئاب السابق، إذ ليس له سبب شعوري أو غير شعوري، ولكنه يرجع إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، بخلاف الاكتئاب النفسي الذي تعمل الأحداث الخارجية عملها في

إظهاره، وذات تأثير مباشر فيه، وأن الاكتئاب الداخلي المنشأ هو الاكتئاب الحقيقي ويطلق عليه (بالاكتئاب الذهاني) . (أديب الخالدي: 2006، 382؛ 383).

ثانياً: عسر المزاج Dysthymic Disorder

إن عسر المزاج لا يشمل أعراضاً اكتئابية كثيرة مثل نوبة الاكتئاب العظمى، فهي شكل من الاكتئاب الأكثر لطفاً، بالإضافة إلى مزاج حزين.

تشخيص عسر المزاج وفقاً للتشخيص الأحصائي الرابع DSM-IV: لابد من وجود عرضين فقط من الأعراض التالية:

1. ضعف الشهية أو المبالغة في تناول الطعام.
2. أرق أو إفراط في الأرق.
3. انخفاض الطاقة أي الشعور بالتعب.
4. انخفاض تقدير الذات.
5. ضعف التركيز أو الصعوبة في القيام بمناقشات.
6. الشعور باليأس. (DSM-IV, 1994: 170).

ويشير كتيب التشخيص الإحصائي الثالث (DSM-III-R) إلى أن كلا من عسر المزاج ونوبات الاكتئاب يمكن أن يوجدان معاً وهذا الشكل المشترك من الاضطراب يعرف بالاكتئاب الثنائي، Double depression ؛ وحينما تستقر نوبات الاكتئاب العظمى؛ فإن عسر المزاج تستمر في العادة.

ولتشخيص هذا الاضطراب يجب أن تظل الأعراض لمدة سنتين. ولا تختفي خلالها لمدة تزيد عن شهرين، ولا تتفق مواصفات عسر المزاج مع نوبة الاكتئاب العظمى سواء الحادة أو المزمنة. (DSM-IV, 1994) .

ثالثاً: الهوس Mania

يعرف الهوس في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي – بأنه – شأنه شأن الاكتئاب حالة مرضية تبدو أوضح ما تكون في الجانب الانفعالي الشخصية، والشخص في حالة الهوس يكون مناقضاً تماماً لحالة الاكتئاب، حيث يكون مملوء بالنشاط والسرور والبهجة، والرضا عن النفس والسعادة بالظروف التي يعيشها ويكون نشاطه الحركي وأيضاً الفكري

سريعاً وتعجلاً، ويصرف انتباهه ويحوله من موضوع لموضوع آخر بسرعة، حتى لو أن الموضوعات التي بدأها لم يتمها.

وعادة يفتقد القدرة على التحكم والضبط ويكثر ضحكه وإلقاؤه للنكت حتى البذيء منها دون حرج وكثيراً ما يكون مريض الهوس عرضه للإصابة بـالهلاوس والأفكار الهذائية التي توحي بامتيازه وبعظمته وتساند حالة الانشراح والانبساط التي تميز انفعالاته وتنعكس على تصرفاته (فرج طه وآخرون: 1993، 829).

تشخيص الهوس: طبقاً للدليل الإحصائي الرابع DSM-IV

يشير كتيب التشخيص الإحصائي الرابع إلى أنه لابد من وجود ثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية:

1. تضخم الذات أو الشعور بالعظمة.
2. نقص الحاجة للنوم.
3. زيادة الكلام أكثر من اللازم.
4. تطاير أو ضغط الأفكار.
5. تشتت الانتباه في موضوعات غير مهمة.
6. زيادة الاندماج في الأنشطة الموجهة نحو الهدف.
7. الاستغراق في الأنشطة المرحة أو السعيدة والتي غالباً ما تكون نتائجها مؤلمة ولا يدركها تماماً.

يجب أن لا تكون الأعراض السابقة ناتجة عن:

1. تعاطي مواد مخدرة أو كحوليات.
2. تناول أدوية نفسية لها نفس الأعراض.
3. عدم إصابة الفرد بمرض جسمي مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية.

أعراض اضطراب الهوس

أولاً: نوبة الهوس البسيط: وتشخيص أعراضه كالآتي:

1. يتسم المريض بخفة الروح، والمرح، والرضا عن الذات، والثقة بالنفس والشعور بالطاقة التي لا حدود لها.

2. لا يلتزم المريض في حديثه وأخلاقه بالعرف أو التقاليد السائدة في مجتمعه، بل يكون عاشقاً لذاته.
3. يكون المريض زلق اللسان وثرثاراً، ويحتكر الحديث مع الآخرين.
4. يتصرف المريض بتصرفات شاذة فيكون مبذراً، حيث ينفق نقوده بإسراف.
5. يتميز المريض بالتفكير السريع، ويسهل تشتت انتباهه.
6. يشيع لدى المريض حالة التذبذب الانفعالي.
7. يتحمس المريض للقيام بعمل ويبدأ بطاقة كبيرة، ولكنه يكون متقلباً.
8. يتصف سلوك المريض بالفضولية والتطفل.
9. يهتم المريض وبدرجة واضحة بالملبس أو المظهر، ويميل على التدرج.
10. يعاني من كثرة نوبات القلق.
11. يميل المريض إلى السيطرة واستفزاز الآخرين، والشك في نواياهم.

ثانياً: حالة الهوس الشديد

1. يتصف سلوك المريض بالهذيان
2. يتسم سلوك المريض بالتطرف والمبالغة عندما يعبر عن حزنه أو سعادته.
3. يشعر المريض بالتشوه والاهتياج الانفعالي في آن واحد.
4. يبدو المريض مشغولاً دائماً، وعزيزاً عليه النوم.
5. يكثر الكلام، وكثيراً ما يلجأ إلى السبب والشتم والوقاحة.
6. تصبح لدى المريض حساسية، ويشعر بكبرياء.
7. يصبح المريض خطراً على نفسه وعلى الآخرين، ويكون نشاطه مصحوباً بالهلاوس ومليئاً بالأوهام والخيالات.
8. يظهر على تفكير المريض وسلوكياته الحماس والمرح الشديد، كما يتميز إيقاع شخصيته بالسرعة.
9. يفقد المريض من وزنه بسبب ما يفقده من طاقة نفسية. (أديب الخالدي:2006، 398: 400).

رابعاً: اضطرابات ازدواج القطبية Bipolar Disorder

ويأخذ الأنواع الآتية:

1. **اضطراب ازدواج القطبية – النوع الأول. Bipolar I**

ويشخص من خلال:

تنطبق على المريض كافة معايير نوبة الهوس.

- قد يتزامن مع نوبات اكتئاب جسيم أو هوس خفيف Hypomania
- اضطراب تتقلب شدته في العادة دخول المريض المستشفى.

2. **اضطراب ازدواج القطبية – النوع الثاني Bipolar II**

ويشخص من خلال:

- يتضح من خلال دراسة وفحص تاريخ الحالة إن المريض أصيب بنوبة اكتئاب جسيم واحدة على الأقل.
- أو أصيب بنوبة هوس خفيف واحدة على الأقل.
- ألا يكون لمريض قد أصيب بنوبات هوس.

3. **اضطراب ازدواج القطبية سريع التقلب Rapid Cycling**

ويتصف بالآتي:

- يتصف هذا النوع بظهور نوبات الاكتئاب والهوس.
- يتم التبادل بفاصل زمني قدره يومان أو خمسة أيام.
- يتسم بظهور نوبات مختلفة أو سريعة التقلب.
- يكون عرضه لاتخاذ شكل مزمن.

4. **هوس المراهقة**

- تظهر أعراض الهوس السابقة.
- قد تختفي هذه العلامات إذا لجأ المراهق إلى:
  - تعاطي المخدرات.
  - تعاطي الكحوليات.

- القيام بسلوك أو أكثر من السلوكيات المناهضة للمجتمع.

5. اضطراب المزاج الدوري

ويتصف بالآتي:

- اضطراب أقل شدة من اضطراب ازدواج القطبية.
- تظهر خلال الإصابة بفترات من الهوس الخفيف بالتبادل مع الاكتئاب متوسط الشدة.
- يتصف بمساره المزمن.
- يتطلب تشخيصه استمرار وجود الأعراض لفترة لا تقل عن سنتين.
- تتساوى نسبة حدوثه في الإناث عن الذكور.
- تبدأ الإصابة به تدريجياً.
- يظهر لأول مرة في نهاية مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد.
- ينتشر بصورة كبيرة لدى الفئات التي تقبل على تعاطي المواد المخدرة والكحوليات.
- ينتشر الاكتئاب الجسيم واضطرابات ازدوج القطبية بين أقارب المريض من الدرجة الأولى.

يؤدي عدم الثبات الوجداني إلى ظهور العديد من المشاكل الأكاديمية والمهنية والاجتماعية. (APA., 2000).

المراجع

المراجع العربية

- أباظة، آمال عبد السميع: (2003) "**الأطفال المراهقين المعرضون للخطر**" مصر، مكتبة الانجلو المصرية.
- أباظة، آمال عبد السميع: (2003) **اضطرابات التواصل وعلاجها**، مصر، مكتبة الانجلو المصرية.
- إبراهيم، عبد الستار: (1998)، **الاكتئاب - اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه**. الكويت عالم المعرفة، ع 239، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- أبو حمدان، يوسف: (2003)، **تعديل السلوك، النظرية والتطبيق** الاردن، دار المدى للخدمات المطبعية والنشر، مركز يزيد للخدمات الطلابية.
- أحمد، السيد علي سيد، بدر، فائقة أحمد: (1999)، **اضطرابات الانتباه لدى الأطفال: أسبابه وتشخيصه وعلاجه**، مصر، مكتبة الانجلو المصرية.
- أحمد، سهير كامل: (1992)، **سيكولوجية نمو الطفل، دراسات نظرية وتطبيقات عملية**، مصر، مركز الاسكندرية للكتاب الجامعي.
- أحمد، عبد المجيد سيد، الشربيني، زكريا: (1998)، **علم النفس الطفل الأسس النفسية والاجتماعية** مصر، دار الفكر العربي.
- إسماعيل، محمد عماد الدين: (2010)، **الطفل من الحمل إلى الرشد**، الاردن، دار الفكر.

المجلس، سرجيون، بيرسون، جيرالد: (1980)، **مشكلات الحياة الانفعالية**، مصر، ترجمة: فاروق عبد القادر وآخرون، إشراف مختار حمزة: دار الثقافة الإنسانية للنشر.

- أولتمانزيل ، رانبسون: (2000) دراسات حالة في علم النفس المرضي، ترجمة رزق سند، تقديم لويس كامل مليكه. القاهرة. دار حكيم للطباعة.
- ب.دي سليفا: (2000)، فحص الوساوس والأفعال القهرية، مصر، في كتاب مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين. تحرير ليندري، ج، بول .ترجمة صفوت فرج، الانجلو المصرية.
- البيلاوي، إيهاب: (2003)، اضطرابات النطق. مصر. دار النهضة المصرية.
- البندري، رياض مصطفى: (2002)، صعوبات التعليم. الأردن: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.
- برادة، هدى وآخرون: (1985)، في سيكولوجية النمو، مصر: مكتبة الانجلو المصرية
- برادة، هدى وآخرون: (1989)، علم نفس النمو. مصر: مطابع مجموعة مؤسسات الهلال.
- بطرس، حافظ بطرس: (2010)، المشكلات النفسية وعلاجها. الاردن. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- بندلي، كوستي: (1992)، "عناد الولد وسلطة الوالدين نحن وأولادنا" ترجمة جروس برس- طرابلس لبنان – ط2.
- بهادر، سعدية: (1994)، "في علم نفس النمو"، مصر: الطبعة العاشرة : مطبعة مدني.
- بهادر، سعدية: (2011)، "برامج تربية أطفال ما قبل المدرسة"، الاردن: دار المسيرة للنشروالتوزيع
- بوربلي، الكسندر : (1992) أسرار النوم. ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، سلسلة عالم المعرفة رقم (163). الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- بيتر فوفاليس، ستيفن روجسيفيسر، روجربيك: (1998)، العلاج النفسي التدعيمي، مصر، ترجمة لطفي فطيم، عادل دمرداش. المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومي للترجمة، الكتاب رقم 52.
- البيومي، محمد: شندي، سميرة: (2000)، دراسات معاصرة في سيكولوجية الطفولة. مصر . مكتبة زهراء الشرق.

- تيرنس ويلسون، كاثلين بايك : (2002)، **اضطرابات الأكل**، مصر، ترجمة: حصة عبد الرحمن الناصر في كتاب: مرجع اكلينيكي في الإضطرابات النفسية، دليل علاجي وتفصيلي، تحرير ديفيد هو بارلو ، أشرف على الترجمة والمراجعة: صفوت فرج، مكتبة الانجلو المصرية، ص ص 659: 748.
- جابر، جابر عبد الحميد، كفافي، علاء الدين ،(1989)، "**معجم علم النفس والطب والنفسي**"، مصر، دار النهضة العربية.
- جرجس، ملاك: (1993) **مشاكل الأطفال النفسية وكيفية مواجهتها** . مصر، مكتبة المحبة.
- جرجس، ملاك: (1993)، **سيكولوجية الطفولة**، مصر، مكتبة المحبة.
- جرجس، ملاك: (1989)، **مشاكل الأطفال النفسية**، كتاب اليوم الطبي،دار مؤسسة أخبار اليوم ع (87)، جـ 2.
- جوزيف ف، ريزو، روبرت هـ، زابل: (1999)، **تربية الاطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً، (النظرية والتطبيق)**، الإمارات، ترجمة: عبد العزيز الشخصي، زيدان السرطاوي، دار الكتاب الجامعي.
- جوليان روتر: (1989)، **علم النفس الأكلينيكي** ،مصر، ترجمة: محمود عنا: دار الشروق ، ط3.
- جيمس ويلس، جون ماركس: (2001)، **الطب النفسي المبسط**: السعودية، جامعة الملك سعود للنشر العلمي والمطابع.
- حسن عبد المعطي، قناوي: هدى: (2000)، **علم نفس النمو**، مصر، دار قباء للطباعة والنشر.
- حسين عبد القادر: (1993)، **تعريف مصطلح المخاوف، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، مصر، إشراف فرج طه: دار سعاد الصباح.
- حسين فايد: (2003)، **الإضطرابات السلوكية**، مصر ،مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- حسين، محمد عبد المؤمن: (1988)، **مشكلات الطفل النفسية**، مصر ، دار الفكر العربي.

- حمودة، محمود: (1998)، **الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج**. مصر، مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال، ميدان الإسماعيلية، مصر الجديدة، ط2.
- الحنفي، عبد المنعم: (1987)، **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**. مصر، مكتبة مدبولي.
- حنورة، مصري عبد الحميد: (1998)، **الشخصية والصحة النفسية**. مصر، مكتبة الانجلو المصرية.
- حواشين، مفيد: حواشين، زيدان: (2008)، **إرشاد الطفل وتوجيهه**. الاردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- حواشين، مفيد: حواشين، زيدان: (2008)، **خصائص واحتياجات الطفولة المبكرة**. الاردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الخالدي، أديب محمد: (2005)، **مرجع في علم النفس الاكلينيكي**. الأردن، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال: (1993)، **المشكلات التعليمية والسلوكية**. الإمارات العربية المتحدة.
- الداهري، صلاح حسن: (2005)، **مبادئ الصحة النفسية**، الأردن، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.
- الدسوقي، مجدي: (2006)، **اضطرابات النوم، الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج**. مصر، الانجلو المصرية.
- الروسان، فاروق: (2011)، **تعديل وبناء السلوك الانساني**. دار الفكر للطباعة و النشر والتوزيع. الأردن.
- الزغبي، أحمد محمد: (1994)، **الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال**. صنعاء، اليمن، دار الحكمة اليمنية للطباعة والنشر.
- الزغول، عماد عبد الرحيم: (2006)، **الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال**. الاردن، دار الشروق.
- مبوك: (1997)، **مشاكل الأباء في تربية الابناء**. مصر، ترجمة: منير عامر: مكتبة النهضة المصرية.

- الشامي، وفاء علي: (2004)، **سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها**. مركز جدة للتوحد، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.
- الشامي، وفاء علي: (2004)، **خفايا التوحد، (أشكاله وأسبابه، وتشخيصه)**. مركز جدة للتوحد، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.
- الشامي، وفاء علي: (2002)، **علاج التوحد. الطرق التربوية النفسية والطبية**. مركز جدة للتوحد، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.
- شاهين، عمر. الرخاوي، يحيى: (1977)، **مبادئ الأمراض النفسية**. مصر، مكتبة النصر الحديثة، طبعة الثالثة.
- الشخص، عبد العزيز السيد؛ السرطاوي، زيدان: (1999)، **تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً. (النظرية التطبيق)**. الإمارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي.
- الشخص، عبد العزيز السيد: (1993)، **محاضرات في سيكولوجية غير العاديين**. مطبوعات كلية التربية، مصر، جامعة عين شمس.
- الشربيني، زكريا: (2002)، **المشكلات النفسية عند الأطفال**. مصر: دار الفكر العربي.
- الشربيني، لطفي: (2001)، **الاكتئاب. الأسباب والمرض والعلاج**. لبنان. دار النهضة العربية.
- شعلان، محمد: (1979)، **الإضطرابات النفسية في الأطفال جـ2**. مصر، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية.
- شقير، زينب: (2002)، **إحذر اضطرابات الأكل**. مصر: مكتبة النهضة المصرية.
- شقير، زينب: (1999)، **كيف نربي أبنائنا (الجنين- الطفل- المراهق)**. مصر: مكتبة النهضة المصرية.
- شيفر وميلمان: (2009)، **سيكولوجية الطفولة والمراهقة: مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها**. الاردن، ترجمة سعيد حسني العزة، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- صادق، عادل: (1989)، **في بيتنا مريض نفسي، الجزء الثاني**، كتاب اليوم الطبي. مصر، مؤسسة دار أخبار اليوم.

- الصمادي، جميل وآخرون: (1995)، **مدخل إلى التربية الخاصة**. الإمارات العربية، دار الكتاب الجامعي. العين.
- طه، فرج وآخرون: (1993)، **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**. مصر. دار سعاد الصباح.
- الظاهر، قحطان احمد (2004): **صعوبات التعلم**، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن.
- عبد الباقي، سلوى محمد: (2003)، **فن التعامل مع الأطفال**. مصر: مركز الاسكندرية للكتاب .
- عبد الخالق، أحمد محمد: (1994)، **الدارسة التطورية للقلق- حوليات كلية الآداب**: الكويت، الحولية الرابعة عشر، الرسالة السعوية.
- عبد الخالق، أحمد محمد: (2002)، **الوسواس القهري- التشخيص والعلاج**. الكويت– مجلس النشر العلمي للكويت.
- عبد الخالق، أحمد محمد: (2005)، **سيكولوجية الموت والاحتضار**. الكويت مجلس النشر العلمي للكويت.
- عبد الخالق، أحمد محمد: (1993)، **أصول الصحة النفسية**. مصر، دار المعرفة الجامعية.
- عبد الخالق، أحمد محمد: (2001)، **سلوك النوم وعاداته لدى المراهقين الكويتيين**. مجلة دراسات نفسية، المجلد 11، ع1 ص ص 3-28.
- عبد الخالق، أحمد محمد: (1997)، **فقدان الشهية العصبي**، الكويت - مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، إدارة التأليف والترجمة والنشر.
- عبد الرحمن، محمد السيد: (2000)، **علم الأمراض النفسية والعقلية**. مصر. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الله ، محمد قاسم: (2009)، **مدخل إلى الصحة النفسية**. الأردن. دار الفكر للطباعة والنشر.
- عبد المعطي، حسن مصطفى: (2003)، **الإضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة**. مصر: دار القاهرة.

- عبيد، ماجدة السيد وآخرون: (2000)، **الإضطرابات السلوكية**- الأردن- دار صفاء للنشر والتوزيع.
- عسكر، عبد الله: (2005)، **الإضطرابات النفسية للأطفال**. مصر، مكتبة الانجلو المصرية.
- عسلية، كوثر حسن: (2006)، **التوحد** . الأردن . دار صفاء للنشر والتوزيع.
- العقاد، عصام : (2001)، **سيكولوجية العدوانية وترويضها**: مصر، دار غريب للطباعة والنشر.
- عكاشة، احمد: (1989)، **الطب النفسي المعاصر**. مصر ، مكتبة الانجلو المصرية.
- عكاشة، أحمد: (1993)، **علم النفس الفسيولوجي**. مصر، مكتبة الأنجلو المصرية، ط2.
- علام، صلاح الدين محمود : (2006). **الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية**. الأردن، دار الفكر.
- عودة ،محمد: مرسي، كمال: (1986)، **الصحة النفسية في ضوء علم النفس في الإسلام**. الكويت. دار القلم.
- عويس، عفاف أحمد: (2003)، النمو النفسي للطفل"، الأردن، الفكر العربي للنشر والتوزيع.
- غالي، محمد أحمد: أبو علام، رجاء: (1974)، **القلق وأمراض الجسم**. سوريا. مؤسسة الحلبوني.
- غانم، محمد حسن: (2006)، **الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية**. مصر-. مكتبة الانجلو المصرية.
- غريب، عبد الفتاح غريب: (1999)، **علم الصحة النفسية**. مصر ، مكتبة الانجلو المصرية .
- فراج، عثمان لبيب: (2002)، **الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة**. مصر، المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- فرج، صفوت: (1990)، **القياس النفسي**. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
- فهيم، كلير: (1993)، **الإضطرابات النفسية للأطفال**. مصر، مكتبة الانجلو المصرية .

- فهيم، كلير: (1977)، الحب والصحة النفسية لأبنائنا، سلسلة اقرأ، مصر، رقم (425). دار المعارف.
- القرشي، عبد الفتاح: (1997)، تقدير الصدق والثبات الصورة العربية لقائمة حالة وسمة الغضب والتعبير عند لسبيلبيرجر، مصر، مجلة علم النفس، ع 43.
- القوصي، عبد العزيز: (1980): أسس الصحة النفسية، مصر ، مكتبة الانجلو المصرية، ط5.
- القوي، سامي عبد: (1995): علم النفس الفسيولوجي، مصر: مكتبة الانجلو المصرية، ط2.
- كازرين، الآن: (2000)، "الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين" ترجمة: عادل عبد الله محمد، القاهرة: دار الرشاد.
- كالفن س، هول، جاردنر: (1978)، "نظريات الشخصية"، ط2، مصر، ترجمة فرج أحمد فرج، لطفي فطيم، مكتبة الانجلو المصرية.
- كفافي، علاء الدين؛ النيال، مايسة (1997): الغضب في علاقته ببعض متغيرات الشخصية، مصر، دراسة لدى شرائح عمرية مختلفة في المجتمع المصري والقطري، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 26.
- كمال، مرسي: (1985)، "سيكولوجية العدوان" مجلة العلوم الاجتماعية، الكويت، عدد (2) ، المجلد(13)؛ ص: 54.
- كوافحه، تيسير مفلح- عبد العزيز، عمر فواز: (2011)، مقدمة في التربية الخاصة، الأردن، دار المسيرة للطباعة والنشر.
- كيرك وكالفنت: (1988)، صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية، الأردن، ترجمة زيدان السرطاوي، عبد العزيز السرطاوي، مكتبة الصفحات الذهبية .
- لازاروس، ريتشارد: (1989)، الشخصية، مصر، ترجمة: سيد غنيم: دار الشروق.
- مارشالبنهان، كونستنسي كيهدر: (2002)، مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية، مصر، دليل علاجي تفصيلي، ترجمة: صفوت فرج، الانجلو المصرية ص ص 953-1054.

- مجيد، سوسن شاكر: (2008)، **مشكلات الأطفال النفسية والأساليب الارشادية لمعالجتها**. عمان دار صفاء للنشر والتوزيع.
- محمد، عادل عبد الله : (1999)، **دراسات في سيكولوجية نمو طفل الروضة** . مصر: دار الرشاد.
- مخيمر، عماد: محمد، هبه: (2006)، **المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج**. مصر. مكتبة الانجلو المصرية.
- مصطفى، اسامة فاروق: (2009)، **الاضطرابات السلوكية لدى الصم.(المفاهيم-النظريات-البرامج)**، مصر. دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع.
- مصطفى، اسامة فاروق: **فاعلية بعض فنيات التعديل المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات السلوكية لدي الطلاب الصم في المرحلة الاعدادية**. (2002)، رسالة دكتوراة،غير منشورة،كلية التربية،جامعة عين شمس.
- مصطفى، اسامة فاروق: (1998)، **الذكاء الاجتماعي وعلاقتة بالقيم الاخلاقية لدى طلاب الجامعة**. مصر، رسالة ماجستير ،غير منشورة،كلية التربية، جامعة عين شمس.
- المغربي، سعد: (1987)، **في سيكولوجية العدوان والعنف، مجلة علم النفس**، مصر، العدد الأول: (الهيئة المصرية العامة للكتاب).
- مليكة، لويس كامل: (1994)، **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**. (ط2) مصر، مكتبة النهضة المصرية.
- منصور، محمد جميل، (1984)، **قراءات في مشكلات الطفولة** السعودية- تهامة للنشر.
- المهشري، محمد عبد الجواد، وفاء: (2000)، **"سلسة المشكلات السلوكية للأطفال"** المملكة العربية السعودية ، مكتبة العبيكان.
- هنري، ومايز: (1992)، **ثلاث نظريات في النمو** مصر، ترجمة: هدى قناوي: مكتبة الانجلو المصرية.
- الوقفي، راضي: (2009)، **مقدمة في علم النفس**. الاردن. دار الشروق، ط3.

- يحيى، خولة أحمد: (2003)، **الإضطرابات السلوكية والانفعالية**، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- يوسف، جمعة سيد: (2000)، **الإضطرابات السلوكية وعلاجها**، مصر : دار غريب للطباعة والنشر.

المراجع الأجنبية

- Advokat, C& Kutlesic , v. (1995). Pharmace therapy are of the eating disorders: Acommentary . neuroscience and biobehavioral reviews, vol. 19, pp. 59-66
- Aluja, A., cuevas, L, Garcial.& Garcia, o. (2007). Zuckermon's personality model predicts mom III personality disorder and individual difference, 42.1311-1321.
- American psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders fourth edition, Washington, DC.
- Anastasi(1988). Apsychological test. NewYork the Mac Millan company
- Bakon, r. Birmingham, C.L, Aeberhdt, L& Goldner, E.M,(1993). Dietary zinc intake of vegerian and non vegetrian patients with anorexia nervosa. Journal of Eating disorders, vol , 13, pp. 229-233
- Bandura& walters, (1977). Social learning and personality development N.Y.
- Barkley, R(1985) hyperactivity children , hand book for diagnosis and treatment. new york guifrd press.
- Barkley, R. A. Dupaul, G. Jand MC Muray , M.B (1990) . comprehensive evalution of Attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria Jounal of consulting and clinical psychology, 58,pp.775-789.
- Beneton , A(1984). Aggression behavior Britannic, Chicago publishers, Micro, Ip. D pedia – vol (1) , p.292
- Berkowitz, Leonard, (1962), Aggression: Asocial psychologyical Analysis.Mc Grow- hill book company, new York , London
- Bower , F.m.(1978) . pathways USPS treant risks of realities of early screening efforts. American journal of the psychiatry , 84, 131-139.
- Clark , D, A, Beck, A. T& Brown, G. (1989) . Cognitive mediation in general psychiatric outpatients. Atest of the content specifity hypothesis . journal of personality and social psychology , vol, 56, no . 6,pp.958-946
- Clay , D, Anderson, w.& Dixon , w. (1993) relationship between anger expression and stress in predicting depression journal of counseling & development, vol, 72,91-94
- Cohen ,p. , chen , H ., craw ford, t, brook. J.& Gordon k,(2007). Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. Drug and AL cohal Dependence, 885, 571-584
- Corsini, Raymad(1981). Handbook of innovatine psychotherapy wiely-interscience publication J. W and sons, N.Y.
- Costin, F& Draguns. J.G(1989) . Abnormal psychology: patterns, ISSUES, intervention, John wiley& sons. N.Y

- Davis, S & paliadino.J(2004). Psychology (4th edition) printer hall, inc. N. Y.
- Dicaprio, N. (1995) . personality disorder. Clinical Theories: guides to living. London, W.R. saunders company.
- Eagles, J, etal (1990) . Acomparsion of Anorxia nervosa and affective psychosis in your Feales psychologyical Medicine. Vol 20,pp. 110-123
- Ellisen J.& shader, r. (1994). Manual of psychiatric therapeutic , 2 nd ed, like Brownap company Boston, IMC.
- Erickson, M,T. (1998) . Behavior Disorders of children& Adolescents: Assessment, etiology, and intervention (7th eds) prentice hall. INC.
- Frude, N.(1998) . understanding abnormal psychology. Of anorexia nervosa. Journal of clinical psychology. Vol, 48 Nol pp. 20-36.
- Gearheart, R. Bill, S.& leung. P.W.1 (1992) . the exceptional student in the regular classroom, New York. Macmillan publishing Co.
- Goldman, H.H, (1992). Review of psychiatry (3rd edition) prentice Hall, INC.
- Hallahan, D.P & Kauffman , J(1979) . Exceptional children introduction to special Education. Prentice Hall, INC.
- Harrington , R. (1993) . depressive disorders in childhood and aco.es cence , New York. Jhn wiley & sons.
- Hazel,Philip(2000).Attention deficit Hayperactivity Disorder in preschool Aged children . Book (010) reports - descriptive (141)
- Holland , A, J sicotte, N& treasure , J(1988). Anorexia nervosa: Evidence for agenetic basis. Journal of psychosomatic Reseach, vol. 32, pp 561-571.
- Howlin, p. (1998) . children with Autism and Asperger syndrome: a guide for Practictioners and Carers, New York , weinheim John , wiley and sons.
- Hummelen , B. wilberg , Pedersen , G&karteurd, s. (2006) . An inverstigation of the validity of the diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed) 47, 376-383.
- Ingram.,R.(1994) depression , In, v. Ramachndram (Ed) Encyclopedia of human behavior , vol . 2.113-122, New York Academic press.
- Kanner, I(1993) Autistic disturbances of affective contact, Nervous child, 2, 217- 253
- Kaplan ,sadock . (1996). Pocket Home book of clinical psychiatry, London , Williams wilkins. Second ed.
- Kaplan, H. I & Sadock . (1999) . Symposis of psychiatry behavioral sciences-clinical psychiatry,8th ed. Cairo Mass Bublishing co.
- Kazdin , Alan , E(1980). Behavior Modification in Applied setting, the Dorsey press, Homewood, Illinois, 60430,USA.

- Kirk , B.A(1972). Education Exceptional children. Boston. Hovghton Miffiin company
- Kirk,S&Gallagher, J(1989). Education exceptional children (6th ed)
- Kneedler, R. D. hallahan , D.p& Kauffman, J.m(1984) special Education for today,prentice- hall, INC
- Kurita. H. (1985). Infantile autism with speech loss before the age of 30 months. Journal of the American Academy of child psychiatry 24, 191-196
- Lerner, J, (2000) . learning disabilities. Eight Edition Hovghton, Mifflin company.
- Lewinshon, p.Rohade, p.& salley .J. (1996) Adolescent suicide idention and attemps : prevalence, risk factor, and clinical implication, clinical psychology scince and practice, vol. 3,25-46.
- Lindsay, S& Johanshohi, m(1994). Disorders of sleepins . Lindsay and G powell (Eds) the handbook abnormal adult psychology (pp. 590-600). London. Routledge.
- Martin, D. Tomer, c. Aplong,b.(1993). Clinical laboratory a spects of eating disorders in Giannini, A.apslsby, A(Eds)the eating Disorders, New York. Springer vorlage
- Maslow, A, (1970). Motivation and personality (2nd ed) New York, Harper & Row publishing.
- Meyer, M. (1994). Personality disorder, Inv, Ramachndram (Ed) Encyclopedia of human behavior. Vol.3,469-479.New York: Academic press.
- Monks, c.etal. (2002). Unjustified aggression in preschool. Aggressive behavior. Vol 28 (6) 458-476
- Montgomery ,S. (1991). Anxiety and depression, London, charles. E. &Merrill, R. Publishing.
- Morzan, P. (2005). Developments in the epidemiological study of personality disorders. The medicine publishing company Ltd, London, uk.
- Orstavik, R. kendler,k. (zaj kowsk:,N.Jambs k.&kjennerode, T (2007). Borderline personality disorder and emotional responding. Areview of the research: Terature Clinical psychology Review, university Maryland
- Pacer center, (2001). What's an emotional or behavioral disorder. 1861 Normaned lale blvd.
- Papalia, D.E.&olds,s.w.(1992), Human development, (5th ed) Mc graw-Hill , Inc, N.y
- Quay , H(1975)- classification in the treatment at delinquency and anti-social behavior , Issues in the classification of children, vol 1, Jossey-Bass.
- Quay, H. C. Routh, D.r& Shapiro, s.k.(1987) psychology of childhood: from description to validation. Annual review of psychology, 38,491-532.

- Robert, B(1980). Aggression in freedman & Benjamin J. comprehensive text book of psychiatry vol. 1 london Williams& Williams.
- Roechelein, J.(1998). Dictionary of theories law, and concept in psychology, London, green wood pres.
- Sartorius.n(1993) . who's work on the epidemiology of mental disorders.. social psychiatry and psychiatric epidemiology. 28,pp. 147-155.
- Smith spencer, T. wilens, T. Biederman , J. Faraone,s ablon. J and Lapey, (1995). Adouble blind crossover comparison of methyl phenidate and phacebo in adults with childhood onset attention deficit, hyperactivity disorder, Archives of general psychiatry, 52, pp.424-443
- Smith, D.D& Luckassan, R.(1992). Introduction to teach troubled children. Prentice. Hall, INC.
- Spitsem, R. willia M.S,J, Gibbon, M First (1990). User's guide forth structured clinical interview for DSM- III-R, American psychiatric press INC, Washington, pp 1174-1212
- Steinberg, S& Johnson, C. (1999). Eating disorders. INS. Netnerton, D, Holmes and Fwalker, (Eds) child and a dolescent psychological disorders, pp. 397-414 oxford, university press.
- Strongman, K.T. (1996) .the psychology of Emotion theories of emotion in perspective, fourth Edition, New York: john wiley& sons.
- Swanson, H. (1984). Teaching& strategies for children in conflict . Mobsy college publishing
- The world book Encyclopedia (1985). London. World book, Inc . vol 15. 264
- Tyrer, p& Garralda, e. (2005) . Developments in the assessment and classification of personality disorder, the medicine publishing company Ltd London, UK.
- Vitousek, k, mank. F (1994). Personality variables and disorders in anorexia and bulimia nervosa, Journal of abnormal psychology, vol. 103,no 1, pp. 137-147.
- Volkmar, F.R &Cohen, D.J. (1989) . disintegrative disorders of "late onset" autism . Journal of child psychology & psychiatry & Allies Disciplines, 30, 717-724.
- Widgen, T. Fram. A (1989) Epidemiology diagnosis comorbidty of border line personality disorders American psychiatric press review of psychiatry. Vol 8,pp: 8-24 washington, Dc.
- Wing, L.&Gould, J (1979). Sever impairments of social interaction and asocial abnormalities in children. Epidemiology and classification , journal of autism& schizophrenia 9,11-29
- Woodburg, M.M, (2003). Recurrent abdominal pain in child patients seen at a piediatric gastroente children and their families. Psychomatic medicine, 34,485-793.

- Wortman, C.Loftus, B& Marshall, M (1992). Psychology, fourth Edition, New York: Hill, INC.
- Zillmen, D(1979). Hostility and Aggression. New York Erllious Association.
- Zingarelli, G.etal (1992). Clinical effects of Naltoxone on autistic behavior, American Mental Retardation , 97,57-63

مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية

الاسباب التشخيص العلاج

Introduction to Behavioral Disorders & Emotional





دار





9 789957 067199